

# PSICOLOGIA INDIVIDUALE

Anno XLIX

Gennaio-Giugno 2021

Numero 89

Editoriale di G. Mazzoli	<i>Le "Emozioni della Pandemia", tracce da non dimenticare</i> .....	3
A. Adler	<i>Studenti e suicidio</i> .....	13
	Traduzione e commento di E. E. Marasco et Alii	
M. Bluvshstein	<i>Mea Culpa: che cosa deve fare l'umanità?</i> <i>L'esperienza di Adler durante la Pandemia</i> .....	27
U. Ponziani	<i>Pandemia, Disturbo da ansia di malattia e Coraggio di vivere.</i> <i>Riflessioni Individualpsicologiche, teoriche e cliniche sull'ansia e</i> <i>sul coraggio di affrontamento del futuro</i> .....	43
C. Ghidoni et Alii	<i>Alla ricerca delle emozioni: resoconto di un intervento adleriano</i> .....	65
A. Bovero A. L. Cito C. Tosi	<i>Lutto fisiologico e lutto patologico durante la pandemia di Covid-19:</i> <i>uno studio sperimentale</i> .....	81
S. Brambilla	<i>Dall'équipe, al gruppo e, attraverso la rete, alla comunità</i> .....	105
L. Righetti F. Rossi	<i>Adolescens-entis, "in via di crescita" al tempo del Covid-19.</i> <i>Ritiro sociale individuale e collettivo</i> .....	115
Recensioni	.....	131
Notiziario	.....	141



# RIVISTA DI PSICOLOGIA INDIVIDUALE

Fondata da Francesco Parenti e Pier Luigi Pagani

## Norme redazionali

1. La *Rivista di Psicologia Individuale* è l'organo ufficiale della SIPI e pubblica articoli originali. Le ricerche, oggetto degli articoli, devono attenersi alle disposizioni di legge vigenti in materia.
2. Gli articoli devono essere inviati per e-mail in doppio formato (Word e PDF) esclusivamente alla Segreteria di Redazione, all'indirizzo: [rivistasipi@libero.it](mailto:rivistasipi@libero.it); non devono essere accettati né in corso di accettazione presso altre Riviste italiane o estere. Articoli proposti con altre modalità non possono essere presi in considerazione. Il Direttore o, in sua vece, il Vice Direttore può riservarsi di pubblicare articoli invitati o tradotti, motivando le ragioni della propria scelta.
3. L'accettazione dei lavori è di competenza della Direzione che ne darà tempestiva comunicazione agli Autori. In nessun caso sarà restituito il materiale inviato. Gli Autori non possono ritirare per nessun motivo, né offrire ad altri Editori l'articolo già accolto per la pubblicazione sulla Rivista.
4. Gli autori degli articoli pubblicati nella Rivista hanno diritto a 5 copie gratuite; gli Autori di testi di vario genere (recensioni, etc.) hanno diritto a 2 copie gratuite.
5. Il testo deve essere così redatto: titolo; nome e cognome degli Autori; riassunto in italiano e in inglese, contenuto in 150-200 parole, con il titolo tradotto all'inizio; testo completo in lingua italiana; 3 keywords.  
In allegato indicare: la qualifica professionale degli Autori, il recapito postale e telefonico, il numero di codice fiscale.
6. Gli articoli pubblicati sono di proprietà letteraria dell'Editore, che può autorizzarne la riproduzione parziale o totale.
7. La bibliografia a fine articolo deve essere redatta secondo norme standard, di cui indichiamo alcuni esempi:
  7. 1. Riviste:  
ADLER, A. (1908), *Der Aggressionstrieb im Leben und in der Neurose*, *Fortschr. Med.*, 26: 577-584.
  7. 2. Comunicazioni a Congressi:  
PAGANI, P. L. (1988), "Finalità palesi e occulte dell'aggressività xenofoba", *IV Congr. Naz. SIPI*, Abano Terme.
  7. 3. Libri citati in edizione originale:  
PARENTI, F. (1983), *La Psicologia Individuale dopo Adler*, Astrolabio, Roma.
  7. 4. Libri tradotti (dell'edizione originale indicare sempre l'anno e il titolo):  
ELLENBERGER, H. F. (1970), *The Discovery of the Unconscious*, tr. it. *La scoperta dell'inconscio*, Boringhieri, Torino 1976
  7. 5. Capitolo di un libro (specificare sempre le date se diverse tra la prima pubblicazione del capitolo-articolo e la prima pubblicazione del libro):  
ROSENHAN, D. L. (1973), *Essere sani in posti insani*, in WATZLAWICK, P. (a cura di, 1981), *Die erfundene Wirklichkeit*, tr. it. *La realtà inventata*, Feltrinelli, Milano 1988: 105-127.
  7. 6. La bibliografia va numerata, messa in ordine alfabetico per Autore e in ordine cronologico in caso di più pubblicazioni dello stesso Autore. Nel testo i riferimenti bibliografici "generici" vanno indicati in parentesi quadra con il numero di bibliografia, mentre le citazioni specifiche vanno indicate in parentesi tonda con il numero di bibliografia e la pagina.
  7. 8. La Redazione si riserva di apportare al testo tutte le modifiche ritenute necessarie.

Copyright © 2014 by SIPI

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

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

## Direttore Onorario

GIAN GIACOMO ROVERA

## Direttore Responsabile

GIANSECONDO MAZZOLI

## Vice Direttore

ANDREA BOVERO

## Caporedattori

CHIARA BERSELLI

SILVANA LERDA

## Segreteria

SABRINA GAROLFI

## Redattori

LUCA BURDISSO

LAURA RIGHETTI

FRANCESCA ROSSI

CHIARA SCARATTI

## Direzione

Via Assalini 35 - 42123 Reggio Emilia

Tel. 347 2483044

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

## Sede legale

c/o Società Italiana di Psicologia Individuale

Via Assalini, 35

42123 Reggio Emilia

## Casella Postale

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

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

Stampa: [ale.for15@libero.it](mailto:ale.for15@libero.it)

# PSICOLOGIA INDIVIDUALE

---

Year XLIX

January-June 2021

Number 89

Editorial by G. Mazzoli	<i>“Pandemic Emotions”, traces to not forget</i> .....	3
A. Adler	<i>Suicide and School</i> .....	13
	Translation and commentary of E. E. Marasco et Alii	
M. Bluvshstein	<i>Mea Culpa and What is Humanity to do?</i> <i>Adler’s Understanding of and Approaches to Pandemics</i> .....	27
U. Ponziani	<i>Pandemic, Illness Anxiety Disorder and Courage to Live.</i> <i>Individualpsychological, Theoretical and Clinical Reflections</i> <i>on Anxiety and the Courage to Face the Future</i> .....	43
C. Ghidoni et Alii	<i>Finding Emotions: Report of an Adlerian Intervention</i> .....	65
A. Bovero A. L. Cito C. Tosi	<i>Physiological and Complicated Grief During Covid-19 Pandemic:</i> <i>an Experimental Study</i> .....	81
S. Brambilla	<i>Starting from Équipe, to the Group and, throughout the Network,</i> <i>to the Community</i> .....	105
L. Righetti F. Rossi	<i>Adolescens-entis, “Growing” at the Time of Covid-19:</i> <i>Individual and Collective Social Retreat</i> .....	115
Reviews	.....	131
Announcements	.....	141



## **Editoriale**

### **LE “EMOZIONI DELLA PANDEMIA”, TRACCE DA NON DIMENTICARE**

GIANSECONDO MAZZOLI

Nella progettazione del numero della Rivista che presentiamo si è ritenuto importante proseguire le riflessioni sul tema della pandemia, nella convinzione che la sua onda lunga avrebbe continuato ad accumulare difficoltà a cui prestare una doverosa attenzione. Tuttavia, nel corso dei mesi di preparazione dei contributi qui presentati, la situazione del quadro pandemico si è evoluta; le ricerche sul virus hanno raggiunto risultati in tempi rapidi, insperati all’inizio della pandemia (i vaccini, si diceva, richiedono anni di sperimentazioni) e la vita sociale è andata migliorando.

La campagna vaccinale, avviata tra iniziali difficoltà organizzative e timorosi scetticismi, ha preso slancio e il barometro dell’immaginario collettivo si è registrato sul tempo bello. La percezione della nostra fragilità è diminuita, la fiducia nel potere della scienza ha ripreso quota e gli animi si sono progressivamente distesi.

Nel giro di poche settimane si è slentizzato l’ovvio desiderio di ritornare alla perdita normalità. Le città “riaprono”, gli spazi pubblici si ripopolano e nonostante il mantenimento dei dispositivi di protezione, si coglie la tendenza a voler mettere alle spalle il problema pandemia, come se fosse ormai cosa di poco conto per una non lontana “immunità di gregge”. Una, seppur relativa, fiducia ha oscurato le preoccupazioni per il futuro. Tuttavia, la pandemia non ha esaurito il suo corso, è solo sotto traccia e non sarà archiviata in tempi brevi. Al momento sono solo gli “esperti” che temono una prossima ondata di contagi dovuta a inquietanti “varianti del virus”; sono però profeti oggi poco ascoltati, che hanno perso l’appeal mediatico a lungo goduto.

Nel nuovo clima emotivo, è prevedibile che le questioni che riguardano gli effetti della pandemia siano accolte con un tiepido interesse. Le persone sono più attratte dalla narrazione ufficiale che enfatizza “le riaperture”, i “piani di rilancio”, la “resilienza e i progetti di sviluppo”. Certamente, il desiderio di dimenticare il tempo buio della pandemia non può che essere condiviso, ma vi sono valide ragioni per mantenere l’attenzione sul tema, in particolare per gli psicologi, gli psicoterapeuti e gli analisti che

hanno la responsabilità di curare i disagi emotivi. I malesseri psichici, individuali o relazionali, vanno oltre il clima sociale; sono sempre l'esito di esperienze che si stratificano nel tempo, di accumuli di tensioni che si manifestano quando lo spazio psichico non può più contenerle. I professionisti della cura dell'anima devono accogliere, in questo periodo, le sofferenze che emergono da più di un anno di pandemia, quelle già evidenti e quelle ancora sommerse che, con buona probabilità, prenderanno forma in un prossimo futuro.

Pertanto, sotto la soglia dell'apparente fiducia che ha il sapore di una finzione adattiva per bandire gli spettri mortiferi della pandemia, vivono i fenomeni ansiosi, i quadri fobici polarizzati sull'ipocondria, le dinamiche depressive che prendono forma di ideazioni suicidarie o infausti passaggi all'atto. I giovani in età adolescenziale sembrano essere la categoria che ha particolarmente patito gli accumuli emotivi prodotti dalle restrizioni, dal distanziamento sociale, dall'assenza di concrete esperienze relazionali. Il documentato aumento di atti autolesionistici e dell'attrazione al mettere fine alla propria vita sono i tristi indicatori che parlano delle sofferenze dei giovani.

Le cure psicoterapeutiche di questo periodo devono tener conto degli effetti delle emozioni provate dal primo lockdown ai giorni nostri e che non hanno avuto modo di trovare adeguate vie di scarico.

La difficile gestione delle emozioni è stata il *fil rouge* che ha intessuto i giorni della pandemia, una miscela fatta di tristezze, di rabbie e di paure, soggettivamente provate dai bambini e, a crescere, dagli adolescenti, adulti e anziani. A titolo esemplificativo si pensi alla paura, emozione provata da tutti e ai suoi percorsi nei territori della psiche.

La paura del virus, del contagio, dell'isolamento, della morte per soffocamento ha regnato sovrana. Il bombardamento costante, ripetitivo che i mezzi di informazione hanno attuato, ha cronicizzato lo stato di allerta e la paura è stata trasformata in baluardo autodifensivo. Questa emozione, filogeneticamente molto arcaica, attiva le reazioni di fuga, di attacco o la paralisi. La paura provata durante la pandemia è stata vissuta nell'impossibilità di fuggire o attaccare. È stata possibile solo la paralisi, complicata da una lunga stagnazione, senza vie di scarico.

La conseguente tensione si è cronicizzata e ha causato gli stati ansiosi, le spinte a ritirarsi dal mondo, ad assecondare movimenti regressivi che finiscono per alterare il rapporto con la realtà. Non di rado sono comparse conversioni somatiche prima mai sperimentate. Sulla stessa linea logica, si pensi ai sedimenti lasciati dalle tristezze per quanto perduto, dalle rabbie per i limiti imposti alla libertà personale. Difficile pensare che gli effetti di queste emozioni depositate nel fondo dell'animo svaniranno per tutti in via naturale.

Si può ragionevolmente pensare che i disturbi prodotti dalla pandemia si incrocino anche con problematiche psichiche preesistenti, complicando ulteriormente i quadri

patologici. Nei percorsi di cura le risonanze di questo periodo non devono essere trascurate, ma indagate con attenzione. Anche quando i vissuti coscienti non presentano apparenti segnali di rilevanza traumatica.

Esistono dunque validi motivi per mantenere l’attenzione sugli aspetti emotivi suscitati dalla pandemia e sui conseguenti vissuti. In questa prospettiva i contributi contenuti in questo numero acquistano rilevanza per i clinici, siano essi psicoterapeuti o analisti, perché aiutano a tenere viva l’attenzione sul tema, a indagare le tracce del sottosuolo emotivo per aiutare i pazienti a elaborare e integrare le disturbanti “emozioni della pandemia”.

Il numero si apre con un articolo di Alfred Adler dal titolo “*Studenti e Suicidio*” che presentiamo nella traduzione italiana di Egidio Marasco e Barbara Rubino. Si tratta di un testo scritto nel periodo dell’embrionale sviluppo della Psicologia Individuale; è di grande interesse perché permette di rilevare che, negli ultimi anni di collaborazione con il gruppo psicoanalitico, Adler avesse già delineato i capisaldi della sua teoria.

Il tema dell’articolo è anche di rilevante attualità: nei primi mesi dell’anno si sono succedute notizie allarmanti per l’aumento dei suicidi tra gli adolescenti e, in qualche caso, anche di bambini. Le riflessioni sulle cause di questi fenomeni sono state cercate nei probabili effetti della pandemia e diversi studi hanno anche proposto collegamenti con l’incremento degli atti autolesionistici e dell’ideazione suicidaria che hanno appunto colpito questa fascia di età.

In questo scritto Adler propone una riflessione sui dinamismi psichici che spingono i giovani al suicidio. Il focus rimane centrato sull’intrapsichico che emerge dalla costellazione psicologica entro cui il suicida o l’aspirante tale è cresciuto e che ha strutturato il suo stile di vita. Sono presentati i temi dell’accudimento, delle emozioni aggressive che derivano dal mancato soddisfacimento dei bisogni di dipendenza e dei sentimenti di debolezza che attivano le smanie di grandezza.

La centralità dell’intrapsichico che Adler adotta nell’interpretare le condotte suicidarie, dando scarso rilievo all’ambiente e alle prevenzioni sociali, risente della vicinanza della psicoanalisi. Sarà poi la successiva maturazione del Suo pensiero ad attribuire al contesto la significativa centralità che conosciamo.

Il commento di Egidio Marasco et al. contestualizza l’articolo che risulta scritto a seguito di un vivace scambio di punti di vista, datato 1910, nelle riunioni della Società Psicoanalitica di Vienna. L’occasione era stata suscitata dal suicidio di un giovane che, stando alle cronache, aveva compiuto l’estremo gesto a seguito dalla bocciatura scolastica. Del vivace dibattito è riportata una sintesi delle posizioni dei partecipanti, con particolare riferimento a quanto proposto da Freud e al contributo di Adler.

Il secondo articolo inquadra, in traduzione italiana, l'esperienza di Adler negli anni 1918 – 1920 segnati dalla virulenta pandemia conosciuta come “Spagnola”. Marina Bluvshstein indica nel titolo del suo scritto *“Mea Culpa: che cosa deve fare l'umanità? L'esperienza di Adler durante la pandemia”* (pubblicato a febbraio 2021 sul *Journal of Individual Psychology* con il titolo *“Mea Culpa and what is humanity to do? Adler's understanding of and approaches to pandemics”*) l'intenzione di alternare la descrizione delle condizioni sociali in cui versavano gli Stati – con particolare attenzione all'Austria – nel periodo post-bellico e la presentazione del ritratto di Adler medico, studioso e padre di famiglia.

Sono ricostruiti gli scenari socio-politici dell'Austria nel suindicato periodo, le disperate condizioni economiche in cui versava la popolazione, la complicata situazione sanitaria per il succedersi delle epidemie di tifo, di colera e di vaiolo che si svilupparono assieme alla devastante Spagnola.

La figura di Adler emerge negli aspetti umani e professionali e nelle tracce che indicano l'evoluzione del suo pensiero. Non appare come un gigante, ma come uomo che con coraggio e costanza, si dedica alla professione, ai doveri di padre, all'essere cittadino che sa definire le follie della guerra ed esprimere idee che vanno controcorrente, portate avanti con cautela dati i pesanti vincoli della censura.

Nelle considerazioni finali, l'articolo approda a riflessioni che, a un secolo di distanza, sono decisamente attuali. Marina Bluvshstein mette in sequenza gli ideali dell'epoca, che miravano all'affermazione dello spirito nazionalistico, della supremazia, della forza e del dominio. Sulle scelte politiche ispirate da questi ideali ricadono le responsabilità della guerra, “un atto criminale” per dirla con Adler, che ha prodotto dolorose distruzioni e devastato l'animo di milioni di uomini. Sarebbe quindi importante accettare di pronunciare un “mea culpa” per tutte le sofferenze causate, scegliendo percorsi opposti alla costruzione della pace e del benessere.

Anche oggi, di fronte alla terribile pandemia, certo frutto di forze della natura, ci si può chiedere se l'umanità sia indenne da colpe; anche oggi un “mea culpa” non sarebbe improprio perché l'autentica cooperazione tra i popoli, ben descritta e auspicata da Adler, è certo una meta ancora lontana.

Il terzo articolo, a firma di Umberto Ponziani, centra l'attenzione sui fenomeni ansiosi causati dall'esperienza della pandemia e osservati nella pratica clinica. Il titolo *“Pandemia, disturbo da ansia di malattia e coraggio di vivere. Riflessioni individual-psicologiche, teoriche e cliniche sull'ansia e sul coraggio di affrontamento del futuro”* propone un tema decisamente attuale che pone in dialettica l'ansia difensiva che ispira moti regressivi e allontana dalla vita con il coraggio di affrontare il futuro che porta a orientare la vita lungo costruttive linee di azione.

In una logica successione Ponziani apre le sue riflessioni sulla ciclicità dei periodi difficili che l'umanità deve affrontare. Descrive gli effetti devastanti che hanno prodotto le pandemie del passato, per poi discutere le incertezze del tempo presente, così marcatamente segnato dalle incertezze verso il futuro. Il discorso è coerentemente sviluppato sulle linee adleriane con un focus particolarmente curato sul concetto di futuro, centrale nei dinamismi teleologici.

L'ampio spettro delle reazioni psicologiche alla pandemia permette a Ponziani di segnalare la soggettività dello stile di vita nel dare senso alla realtà. Sono passati in rassegna i movimenti autoprotettivi e i rassegnati atteggiamenti passivi, i moti che hanno ispirato l'evitamento delle responsabilità e quelli che hanno promosso l'espressione della creatività personale. All'interno dell'intera gamma delle reazioni psichiche alle situazioni pandemiche, sono inserite le riflessioni sui fenomeni ansiosi derivanti dalle esperienze del periodo.

Citando la manualistica che, con diversi tagli concettuali, descrive il disturbo di ansia da malattia, Ponziani richiama le diverse espressioni dei fenomeni ansiosi e propone la ricchezza psicodinamica dell'interpretazione della Psicologia Individuale. Le descrizioni dei dinamismi che articolano i livelli consapevoli e i processi inconsci attorno a cui ruota la sintomatologia ansiosa, aprono un quadro di riflessioni interessanti; queste emergono da una lunga pratica dei trattamenti che richiedono tempi lunghi e coinvolgenti partecipazioni emotive.

Claudio Ghidoni et al. firma il quarto articolo che ha per titolo *“Alla ricerca delle emozioni: resoconto di un intervento adleriano”*. Il tema riguarda le emozioni dei bambini durante i giorni di isolamento forzato nella condizione, innaturale per loro, di non essere a scuola e in relazione con i propri compagni. L'argomento è di grande rilievo perché la carenza degli stimoli evolutivi durante il periodo del lockdown e nelle successive chiusure ha prodotto nell'animo dei bambini dei probabili vuoti, da considerare e tenere in debita considerazione.

In questa ottica si inserisce la ricerca compiuta con un gruppo di bambini, di età dai 6 ai 10 anni, che prevedeva l'osservazione di momenti di gioco strutturato, volto a sollecitare specifiche emozioni. La descrizione della ricerca è preceduta da una puntuale disamina delle emozioni, dimensioni fondanti l'esperienza psichica, declinate all'interno dell'organizzazione del pensiero adleriano, anticipatore di quanto la ricerca scientifica ha poi confermato.

La ricerca ha permesso ai bambini di identificarsi, riconoscere e collegare le proprie emozioni con quelle dei personaggi che inscenavano la tristezza, la paura, la rabbia e la gioia. In ognuna delle cinque sessioni, organizzate come momenti di creatività ludica, i bambini hanno messo in scena e interpretato, sotto la guida di uno psicologo, una diversa emozione.

La struttura del gioco portava i bambini a muoversi, gesticolare, usare la mimica, le parole e i loro ricordi per dare vita al “personaggio emozione”. Poi dovevano giocare con lui, sentirlo nel gruppo e sentire la “sua emozione”. Questa esperienza di gioco e di socialità ha permesso ai bambini di vivere e rielaborare in gruppo le emozioni avvertite durante la pandemia riducendo o risolvendo il loro potenziale disturbante.

Il quinto articolo, a firma di Andrea Bovero, porta l’attenzione su un aspetto cruciale dell’esperienza della pandemia, quello delle condizioni dei familiari che avevano subito la perdita di uno o più congiunti ammalati di Covid-19. Il titolo dell’articolo *“Lutto fisiologico e lutto patologico durante la pandemia di Covid-19: uno studio sperimentale”* propone la riflessione sulle condizioni emotive di chi è stato ferito dalla perdita di una persona cara, molte volte avvenuta in condizioni complicate per le distanze imposte dalle protezioni sanitarie che, come è noto, hanno impedito di vivere le ritualità del distacco da chi lascia questo mondo.

Il lutto complicato è la mancata risoluzione del dolore e la persistenza delle emozioni dello spettro depressivo oltre i tempi della normale elaborazione. La situazione di tale lutto è descritta attraverso le variabili personologiche e situazionali, con particolare riferimento alle conseguenze sui contesti familiari. Per aiutare l’elaborazione del lutto, Andrea Bovero presenta l’efficacia degli interventi di sostegno impostati secondo linee guida ispirate ai principi della Psicologia Individuale: il sentimento sociale orienta la compartecipazione emotiva e porta a vivere la vicinanza a chi soffre in modo cooperativo. Viene poi sottolineata l’importanza del principio dell’incoraggiamento che aiuta le persone in lutto a sopportare le cadute emotive e a favorire la ristrutturazione dei modi di vivere sconvolti dalla perdita delle persone care.

Per comprendere le diverse sfaccettature del lutto complicato, è stato condotto uno studio sperimentale che ha indagato, attraverso un questionario, l’esperienza luttuosa dei caregiver che nei sei mesi precedenti l’indagine, avevano perso un congiunto per COVID-19. L’obiettivo principale dello studio era costituito dalla ricerca dei fattori che maggiormente predispongono al lutto persistente complicato.

Sono presentati i risultati che, sebbene non generalizzabili per l’esiguità del campione, hanno messo in luce i fattori protettivi e le variabili che, nelle ipotesi iniziali, sembravano associate in modo significativo al lutto complicato. Interessante il commento di linea adleriana del quadro emerso che mette a fuoco gli articolati vissuti dei caregivers e l’efficacia degli interventi di sostegno che aiutano a risignificare l’esperienza del lutto in una relazione empatica con uno psicoterapeuta.

Simona Brambilla firma un contributo di grande interesse perché aiuta a tener viva la memoria di eventi che, in un arco di tempo relativamente breve, hanno condensato tanta complessità. Il contenuto di questo sesto articolo che ha per titolo *“Dall’équipe, al gruppo e, attraverso la rete, alla comunità”* riporta in modo vivido uno spaccato

delle situazioni accadute all’inizio della pandemia in uno dei primi focolai del territorio nazionale. È la descrizione dell’ambiente visto con gli occhi di un medico che, in una situazione disorientante e privata degli usuali riferimenti, è chiamato a gestire pazienti gravi senza adeguate conoscenze, protocolli di cura, farmaci adeguati e dispositivi protettivi. La realtà professionale, divenuta improvvisamente pericolosa per l’integrità personale e dei propri familiari, è stato un contenitore di inquietudini e di incertezze da cui non era possibile uscire.

Rileggere quanto accaduto durante il primo lockdown può ricordare i traumi che tutti, seppur con gradienti di intensità diversi, hanno vissuto. La classe medica tuttavia, chiamata in prima linea ad affrontare i rischi della pandemia, rimane un esempio della forza che può essere mobilitata per fronteggiare il pericolo, seguendo i percorsi della solidarietà e dell’incondizionato sostegno tra gli appartenenti ad una comunità. La testimonianza di Simona Brambilla conferma in modo inequivocabile che gli ideali di socialità, lo spirito di cooperazione e la compartecipazione emotiva sono la fondamentale dimensione della nostra esistenza.

L’intera esperienza è rivisitata nell’ottica dello psicoterapeuta adleriano e mostra che, anche in situazioni molto problematiche, è possibile individuare percorsi, certo faticosi, di trasformazioni esistenziali. Di fronte a nuovi limiti si possono intravedere nuovi orizzonti che costringono all’assunzione di livelli di responsabilità più elevati. È questa dinamica che può portare a scoprire dimensioni di cambiamento impensate sia per gli individui che per le collettività.

La pandemia è stata ed è una prova severa che ha colpito le città che, si augura l’Autrice, potrebbero diventare comunità in cui l’esercizio della cura dell’altro diventi pratica corrente e non eccezionale.

Il settimo contributo porta nel mondo degli adolescenti, fascia di età particolarmente colpita dalle vicende della pandemia. Gli adolescenti affrontano il delicato compito di definire l’identità personale e le essenziali relazioni con i pari. Affrontano il passaggio dai rassicuranti confini dell’infanzia al mondo non ben definito degli adulti e lungo questo percorso hanno bisogno di sperimentarsi interagendo con la vita reale. L’isolamento, le distanze sociali, la chiusura delle scuole e le relazioni spostate sul piano virtuale hanno imposto il ritiro sociale, dimensione che prima della pandemia rientrava nello spettro delle situazioni patologiche.

Laura Righetti e Francesca Rossi pongono riflessioni sul tema e il loro lavoro, che ha per titolo *“Adolescens-entis, ‘in via di crescita’ al tempo del Covid-19. Ritiro sociale individuale e collettivo”*, propongono un’attenta disamina dell’impatto che la pandemia ha avuto sugli adolescenti. Discutono gli effetti del mancato collaudo nelle relazioni sociali che ha condizionato i livelli di sviluppo tra cui la mentalizzazione del Sé corporeo.

Presentano due interessanti *case study* di due ragazze adolescenti, accomunate da un alto potenziale intellettuale e dall'accesso a un florido mondo della fantasia, funzionale a costruire mondi paralleli entro cui vivere un interessante distacco dal mondo.

La descrizione delle caratteristiche psicologiche delle due adolescenti permette di ritrovare gli assetti psichici che rendono desiderabile il ritiro sociale: l'evitare il confronto e i possibili insuccessi, il non investire sull'altro per non rischiare il rifiuto, il cullarsi nella sensazione di non avere limiti al proprio potere e l'immaginare la corporeità in un alter ego che può accedere a tutte le esperienze.

Il *maladaptive daydreaming*, fenomeno in via di studio, è indicato come un percorso mentale che permette di costruire una realtà parallela in sostituzione di quella reale.

Di entrambi i casi vengono discusse le prese in carico. Il rapporto terapeutico offre alle adolescenti lo spazio psichico dove sentire legittimate le loro fantasie e, al tempo stesso, fornisce i nuclei per il lavoro introspettivo. L'esperienza sociale veicolata dall'autenticità della terapia crea lo spazio psichico per accogliere e rielaborare gli aspetti emotivi disturbanti e riavviare, in modo autentico, il percorso della costruzione dell'identità.

Le tre recensioni sono proposte da Barbara Sini, Sabrina Cabassi e Francesca Durante.

Barbara Sini ha recensito il libro curato da Anna Maria Bastianini dal titolo *Bambini in Psicoterapia: un approccio Adleriano tra psicoanalisi e neuroscienze*, Carocci, 2021, che presenta un modello di lavoro di matrice adleriana per la psicoterapia dei bambini. Il testo è la risultante di un'approfondita elaborazione teorica e metodologica di più di vent'anni di studi e sperimentazioni cliniche messe al vaglio e rielaborate da un gruppo di psicoterapeuti dell'età evolutiva.

Il volume è un'opera che copre il vuoto di manuali di psicoterapia dell'infanzia di matrice adleriana proposta con coerenti integrazioni di fonte psicoanalitica e con le conoscenze derivanti dalle neuroscienze. È un'imprescindibile guida per gli psicoterapeuti adleriani che si dedicano a questo settore di attività.

Sabrina Cabassi ha recensito il libro di Chiara Giaccardi e Mauro Magatti dal titolo *Nella fine è l'inizio*, Il Mulino, 2020. È un volume di stampo sociologico che propone una lettura dell'impatto che la pandemia ha avuto sulla società e sui modi di gestire l'emergenza sanitaria. È una riflessione ad ampio spettro che riguarda le criticità del tempo pre-Covid che avevano tracciato, accanto alle opportunità, percorsi dannosi per la vita delle future generazioni.

Gli autori collocano l'esperienza del Covid non solo nella prospettiva della tragicità delle perdite, ma anche come punto di rottura che costringerà il sistema a ripensare a percorsi di sviluppo sostenibili. Il cambiamento non è quindi visto come possibile riparazione alle perdite, ma stimolo alla ricerca di forme di vita più armoniche.

Il volume *Bambini, adolescenti e Covid 19. L'impatto della pandemia dal punto di vista emotivo, psicologico e scolastico* a cura di Stefano Vicari e Silvia di Vara, Erikson, 2021, e recensito da Francesca Durante, è una disamina dei tanti aspetti che hanno caratterizzato la vita dei bambini e degli adolescenti durante la pandemia e l'impatto prodotto sulle loro emozioni per effetto della diversa organizzazione data alla loro vita quotidiana.

La chiusura delle scuole e la didattica a distanza, l'impossibilità di avvinarsi ai compagni e non poter interagire e giocare con loro, sono descritte in parallelo alle difficoltà che hanno affrontato i genitori, anch'essi costretti a nuove modalità di lavoro, a gestire in modo diverso gli spazi e i tempi sullo sfondo delle inquietudini dei possibili contagi. Scritto a più mani, i contributi spaziano in settori diversi, a seconda delle professionalità dei diversi autori.

*Giansecondo Mazzoli*

## Studenti e suicidio<sup>1</sup>

ALFRED ADLER

*Summary* – SUICIDE AND SCHOOL. The motivations that lead to suicide cannot be deduced from the statistics on the social conditions of the suicidal individual. Only from the knowledge of his psychic mechanism and his mental dynamics which correspond to those highlighted in neuroses and psychoses in which an inferiority complex arises – ambivalently – character traits of submission and manly protest, but always with the aim of obtaining gratifications of instinctive drive, role, prestige and vengeance.

*Keywords:* ERMAFRODITISMO PSICHICO, COMPLESSO D'INFERIORITÀ, SMANIA DI ESSERE UN UOMO GRANDE, PROTESTA VIRILE

Sarà sempre impossibile trarre delle conclusioni psicologiche e scoprire le motivazioni del suicidio fino a che le statistiche mondiali – che per questo vanno assolutamente cambiate – continueranno a prefiggersi solamente di fotografare i dati raccolti sui suicidi e sulle circostanze in cui essi sono avvenuti. Sono questi dati, infatti, che portano alle affrettate accuse contro le istituzioni [scolastiche, che abbiamo ascoltato], mentre lasciano completamente sconosciute le reali motivazioni che hanno causato il suicidio.

Quando ben sappiamo che nelle zone più intensamente popolate si registra il maggior numero di suicidi, abbiamo forse aggiunto un solo dato utile a conoscere meglio il problema? Voi che ne dite? Vedete forse in tutto ciò qualcosa che ha chiarificato e permesso di conoscere meglio il movente del suicidio? No!!! Veniamo a sapere solamente che anche il suicidio, come tanti altri accadimenti, seguendo la legge dei grandi numeri, ha connessioni con altri fenomeni sociali. Non potrebbero essere, invece, la conoscenza delle condizioni psicologiche del suicida e l'aver chiarito le sue *dinamiche psichiche* a farci capire cosa lo ha alienato dalla vita?

<sup>1</sup> ADLER, A. et Al. (1910), *Beiträge über den Selbstmord, insbesondere den Schülerelbstmord*, Discussionen des wiener psychoanalytischen Vereins, I. Helf, Bergmann, Wiesbaden [4].

*Il suicida però deve essere studiato solo come singolo individuo* e, in base a quelle che sono state le recenti evoluzioni delle neuroscienze, non deve più essere preso in considerazione esclusivamente per le sue condizioni sociali e per tutto quello che esse comportano. Si deve inoltre tener ben presente che non si potranno comprendere il fenomeno del suicidio e la natura delle sue motivazioni né estirpare radicalmente questa piaga, fino a che non ci sia piena chiarezza su tutta la costellazione psicologica (*psychologische Konstellation*) del suicida.

Quandanche, infatti, potessimo concretamente prevenire i suicidi occasionali con una maggior religiosità – come fa l'esercito della salvezza di Londra e come anche altri erroneamente credono – con una migliore pedagogia o attraverso riforme sociali ed un'ottimizzata assistenza, non avremmo chiarito nulla di quanto, invece, può essere reso comprensibile dalla conoscenza del meccanismo psichico (*psychischen Mechanismus*), delle dinamiche mentali (*geistige Dynamik*) che hanno condotto al suicidio.

I risultati raccolti in un campo possono essere utili ed integrare quelli raccolti nell'altro solo intrecciando con successo i risultati, ottenibili con gli strumenti della pedagogia, della riforma sociale e di una profilassi su scala generale, con la conoscenza della struttura psichica e del carattere del suicida e ponendoli in relazione con le sue condizioni psicologiche, con gli atteggiamenti di altro tipo che egli assume e, in specie, con le malattie nervose e psichiche. Del resto il senso comune, concedendo al suicida l'attenuante dell'incapacità di intendere e volere, da sempre è stato incline a fare questi collegamenti, poi confermati dai risultati dei più avanzati studi psichiatrici.

Ma, in pratica, un neurologo che voglia utilizzare le conoscenze della Psicologia Individuale, è in grado di raccogliere informazioni che lo facciano venire a capo del problema del suicidio? Chiaramente un suicida che ha raggiunto con successo il suo scopo non può né effettuare un colloquio né essere sottoposto a dei test psicologici! Anche se ci sono sempre la documentazione clinica scritta e, soprattutto, le informazioni ottenibili nel suo ambiente – da prendersi sempre con estrema cautela e che devono essere ritenute significative solo se sempre coerenti col profilo psicologico di base del suicida – *l'imprevedibile e suscettibile natura (unglaublich empfindliche Natur)* del suicida resterà sempre velata e avvolta dal mistero.

Possiamo riferirci così solo ai casi di suicidi falliti ed anche la Psicologia Individuale non avrà a disposizione per i suoi studi che gli impulsi che hanno portato a questi suicidi falliti e ciò complica il problema, perché in questi casi si mescolano i dubbi ed i ripensamenti che bloccano l'aspirante suicida e, parimenti, egli può aver scelto di impiegare mezzi inadeguati per sentimenti che, contemporaneamente e ambivalentemente, sono di ricerca della morte e di ansiosa aspirazione alla salvezza.

Ma questi studi sono, dopo tutto, l'unica via che possiamo percorrere per capire la natura e le motivazioni delle persone che cercano la morte ed io, già ora, posso affermare con certezza che la decisione di suicidarsi viene presa nell'ambito di quelle

stesse condizioni psichiche che sono presenti anche al momento in cui deflagrano le malattie nervose (come nevralgia, ansia, disturbo ossessivo compulsivo, isteria, paranoia, ecc.).

Ho già descritto questa *dinamica nevrotica* (*neurotische Dynamik*) nei miei articoli: “Predisposizione alla nevrosi: contributo allo studio della sua patogenesi ed al problema della scelta del tipo di nevrosi” [2], “L’ermafroditismo psichico nella vita e nella nevrosi” [3] ed in altri ancora, che devono essere presi in considerazione come continuazione del mio volume *Inferiorità e compenso psichico* [1]<sup>2</sup>.

L’idea guida di queste opere è che ogni bambino che cresca in circostanze in cui è *obbligato a giocare in un doppio ruolo*, inconsciamente, sviluppa questi *sentimenti di ambivalenza* perché dalla consapevolezza – ma forse è meglio dire dal sentimento – di essere debole e dipendente, sviluppa desideri di sostegno, tenerezza, aiuto che lo inducono a cedere precocemente alla costrizione che obbliga i deboli alla sottomissione se vogliono ottenere gratificazioni istintuali e l’amore dei loro cari.

Tutti i tratti di sottomissione dell’uomo adulto: umiltà, religiosità e fede nell’autorità, come la suggestionabilità, l’ipnotizzabilità ed il masochismo del nevrotico, provengono da questa originaria sensazione di debolezza e rappresentano immagini di stati mentali che, ovviamente, portano in sé lievi tracce di aggressività (*Spuren von Aggression*) finalizzate a ottenere prestigio (*Geltung*) nell’ambiente ed a placare le pulsioni istintive (*Triebbefriedigung*).

In questo contesto, ma soprattutto poi nel corso dello sviluppo, la tendenza a decidere da soli e ad essere indipendenti, la mania di voler essere un uomo grande (*Groß mann sucht*), di porre resistenza e di fare ostinata opposizione diventa sempre più evidente e contrasta con gli altri tratti di obbedienza. È quindi evidente questa ambivalenza, in cui coesistono posizioni contrastanti (*Kontraststellung*), che, ovviamente, costantemente aumenta sotto la pressione del mondo esterno, con l’ambizione di crescere del bambino e con il suo desiderio che vengano soddisfatte le sue pulsioni (come quella alimentare e quella di guardare, ad esempio).

*La fonte delle posizioni contrastanti che possono assumere i tratti caratteriali sta nella contraddizione intrinseca che c’è tra sottomissione e tendenza alla soddisfazione pulsionale (Die quelle dieser Kontraststellung der Charakterzüge liegt in dem inneren Widerspruch zwischen Unterwerfung und Tendenz der Triebbefriedigung).*

Il bambino, molto presto, si rende conto che, specialmente nella ristretta cerchia del suo piccolo mondo, può esercitare il suo potere, ottenendo poi ampie conferme anche nelle cerchie sociali più ampie, tanto che è indotto ad accettare dell’obbedienza solo quei tratti da cui può ricavare un tornaconto in amore, affetto, coccole o ricompense.

<sup>2</sup> Riuniti ed ampliati ne *Il carattere dei nevrotici* [6].

Purtroppo proprio questo stile, che il bambino adotta nella sua vita per relazionarsi (*Art von Lebensbeziehung*) e che lo porta facilmente fuori strada, può provenire dall'inconscio (*kann aus dem Unbewußten heraus*) e, tendenziosamente, anche da adulto, lo renderà dipendente dall'aiuto degli altri. Tali bambini, non solo soffrendo nella loro vita in famiglia, ma anche provando qualsiasi tipo di malessere, di goffaggine, di paura nella scuola e nella società, organizzeranno le loro relazioni in modo tale che ci si debba prendere cura di loro, ci si mostri compassionevoli nei loro confronti, li si aiuti e non li si lasci soli ecc.

Una tremenda ipersensibilità (*Eine ungeheure Überempfindlichkeit*) veglia sul fatto che la propria debolezza non venga messa a repentaglio e, se non riescono nell'impresa di ottenere tutti gli aiuti richiesti, si sentiranno insultati, respinti e perseguitati. La loro infelicità dipende sempre dal destino, dalla mala sorte, dalla cattiva educazione avuta, dai genitori, dal mondo, che devono essere biasimati tanto che, per giungere a questo scopo, questi soggetti aumentano progressivamente il loro piagnisteo, che diviene ipocondria, "*Weltschmerz*" [dolore universale e visione pessimistica di ogni cosa] e nevrosi.

Ma di più! Il loro desiderio di essere commiserati, compatiti, preferiti a ogni altro può divenire così intenso che imparano ad apprezzare malattie e sofferenze come mezzo infallibile, da un lato, per attirare l'attenzione di chi sta loro vicino e, dall'altro, da utilizzare come pretesto per non prendere nessuna decisione. Questa *paura di prendere qualsiasi decisione* (la "paura della prova" del nevrotico) *li rende incapaci di portare a compimento qualsiasi cosa*, pur essendo, nel contempo, invasi da impazienza e fretta che rendono l'attesa (non importa se della decisione o del successo) la più grande tortura che potrà essere loro spiegata solo da chi è a conoscenza che le persone francamente nevrotiche hanno delle tremende, inconse, idee di grandezza ed una, sempre inconscia, sensazione della loro irrealizzabilità.

Questa tensione intrapsichica ed il viraggio dialettico dal sentimento di debolezza del bambino alla smania di essere un uomo grande (*Umschlag aus dem Schwächegefühl des Kindes in Großmannssucht*) sono accompagnati – ma anche protetti – da costanti stati emotivi di paura, insicurezza e dubbi sulle proprie capacità e questo avviene in modo tanto più rilevante quanto più è grande l'effetto dinamico del contrasto e quanto più rilevanti divengono i tratti dell'ambizione e della vanità.

La Psicologia Individuale non solo permette di ridurre tale tensione psichica fin dal suo esordio nell'infanzia, ma consente anche di indicare perché essa sia così importante e che straordinaria forza e incredibile durata essa abbia. In tutti i nevrotici, in tutti i superdotati (*außerordentlich befähigten Menschen*) e in tutte le persone che avevano tentato il suicidio, che ho avuto modo di esaminare, ho potuto dimostrare che – sin dall'inizio della loro infanzia – soffrivano di un profondo complesso d'inferiorità, che, anni fa, ho ritenuto originasse da una congenita inferiorità di organi, apparati e

strutture contigue che fa pensare al bambino, che si affaccia alla vita, di essere condannato a restare indietro rispetto agli altri, come avviene quando ci si ammala, si è deboli, goffi, brutti e deformi, così come quando si soffre di difetti infantili (enuresi, stipsi o encopresi, dislalie, balbuzie, anomalie della vista o dell'udito)<sup>3</sup>.

Lo strenuo tentativo di sovracompensazione (*Überkompensation*), che nasce da questo sentimento di inferiorità, abbastanza spesso, ha successo ed ha il suo corrispettivo in un continuo e tenace allenamento del cervello ma, di questa connessione e di questo superlavoro così efficiente della psiche, non restano tracce.

Chi prima era enuretico, infatti, diventa un “vescico-atleta” e un maniaco della pulizia ed un bambino encopretico diventa un iperesteta, un'originaria debolezza e ipersensibilità degli occhi equivale a predestinare qualcuno ad essere pittore o poeta<sup>4</sup> e, allo stesso modo, il balbuziente Demostene è divenuto il più grande oratore della Grecia.

Nel contempo un'instinguibile avidità di successo accompagna tutti e, per tutto il corso della loro vita, la loro costante ipersensibilità cerca di assicurare loro prestigio sociale e *successo culturale* (*Kulturhöhe*). La vendetta, la pedanteria, l'avarizia e l'invidia accompagnano questo sviluppo, così come i tratti di virilità selezionata [sono rintracciabili] persino nella crudeltà e nel sadismo.

Solo [la vita di] relazione può intensificare questa tensione fino ad indirizzarla a quei modelli patologici, in cui si realizza una vera e propria trasformazione nell'opposto, in cui questa dinamica, che nasce dall'*ermafroditismo psichico* di comune riscontro, trova la sua massima consacrazione. Il doppio ruolo [che essi possono assumere] induce molti bambini a fare un'analogia fra tratti di sottomissione e femminilità e tratti di dominanza e mascolinità, perché questo parallelismo si basa su false valutazioni, che sono *desunte da quanto i bambini possono comunemente osservare*. Gran parte dell'umanità, infatti, ha ceduto ad esse da tempi immemorabili ed anche molte menti raffinate – cito solo Schopenhauer, Nietzsche, Moebius, Weininger – hanno cercato di sostenere con arguti sofismi tale equazione.

Queste valutazioni valoriali molto spesso vengono addirittura imposte al bambino dalle relazioni familiari e dall'ambiente tanto che, ben presto, egli giunge a percepire ogni forma di aggressività e di attività come maschile e la passività come femminile. Allora ciò che si sforza di ottenere il bambino è di passare dall'obbedienza alla sfida, dalla sottomissione alla malizia: in breve dalle vie normali della docilità e della remissività infantile si passa a condividere le aspirazioni, che si sono mediate dagli adulti, della testardaggine, dell'odio e della vendetta.

<sup>3</sup> Recentemente Bartel (Vienna), in relazione al suicidio, ha riportato un caso speciale di queste inferiorità d'organo: la costituzione. Nella sua ampia dissertazione risulta che essa – proprio come l'inferiorità d'organo da me evidenziata – sta alla base delle nevrosi. La chiave che collega inferiorità organica e costituzionale alle nevrosi è rappresentata dal sentimento infantile di inferiorità, che viene alimentato da errori educativi, dalla mancanza di affetto e dal viziere.

<sup>4</sup> Vedi anche REICH, J. (1908), *Kunst und Auge, Österreichische Wochenschrift*.

Alla fine, nelle persone predisposte (per il loro forte sentimento d'inferiorità), siano esse ragazzi o ragazze, scatta una protesta virile.

Anche le debolezze ed i difetti fisici del bambino non vengono allora disprezzati se possono servire come armi per assicurarsi, con la nausea, il mal di testa, l'enuresi ecc., di essere continuamente al centro dell'attenzione e di dominare e controllare il proprio entourage.

*Si crea così, nell'inconscio, una situazione in cui la propria malattia – ma anche la propria morte – viene desiderata, in parte, per causare dolore nei parenti e, in parte, per estorcere loro la realizzazione di ciò che hanno perso per essere sempre stati “ri-cacciati indietro” (So wird aus dem Unbewußten heraus eine Situation geschaffen, in der die Krankheit, ja selbst der eigene Tod gewünscht wird, teils um den Angehörigen Schmerzen zu bereiten, teils um ihnen die Erkenntnis abzurufen, was sie an dem stets Zurückgesetzten verloren haben).*

Per quella che è la mia esperienza, questa costellazione di fattori rappresenta la base che, di regola, dà origine al suicidio ed ai tentativi di suicidio. *L'unica differenza [fra bambini e adulti] è che, negli anni successivi a quelli infantili, non sono i genitori ad essere scelti come oggetto di questo atto di vendetta, ma il capro espiatorio diviene un insegnate, una persona cara, la società, il mondo.*

Sia pur brevemente, devo aggiungere che una delle più importanti forze motrici di queste proteste virili è la frequente insicurezza del bambino sul suo ruolo di genere, nel suo stato presente o nel futuro. Questa insicurezza, che prepara la “double vie”, la scissione della coscienza, il dubbio e l'indecisione del nevrotico [3], induce con veemenza, tanto nei ragazzi che nelle ragazze, alla protesta virile, quale che sia la forma con cui si manifesterà.

*Da questo feroce sforzo protestatario derivano tutte le forme di sessualità precoce e di autoerotismo. Esso trasforma la masturbazione in un fenomeno compulsivo e l'incessante bisogno di affermazione apparentemente “maschile” della sessualità rende dongiovannismo, messalinismo, perversioni, incesto, fornicazione ecc. dei concisi simboli della protesta virile.*

Persino l'amore può degenerare in un inestinguibile avidità di trionfo e la soddisfazione dell'istinto sessuale trova un suo impiego secondario per dimostrare questa virilità o, percorrendo linee di pensiero collaterali e finzionali – *come nel caso della masturbazione* –, *affida all'autolesionismo il compito di compiere un atto di vendetta o di evitare decisioni.*

Sull'idea del suicidio brillano così le stesse stelle che danno luce alle nevrosi, alle bouffées deliranti (*neurotische Anfall*) o alle psicosi e, *tanto il suicidio quanto le psicosi e le nevrosi, sono il risultato della stessa costellazione psicologica che, in una*

*persona già predisposta, viene attivata da una delusione o da una denigrazione che faccia riaffiorare il vecchio e sopito sentimento di inferiorità infantile e, siccome tanto il suicidio che le nevrosi non sono che i tentativi di una psiche sovraccitata di sfuggire alla realizzazione ed ai tormenti di questa insensatezza, suicidi, nevrosi e psicosi possono comparire associati.*

Anche considerando il problema da un altro punto di vista, ovvero che a condurre a ciò [al suicidio] sia stata la forza dell'istinto aggressivo (*die Stärke des Aggressionstriebes*) su base costituzionale o la suggestione degli esempi, la Psicologia Individuale potrebbe comunque prevenire anche le nefaste conseguenze dell'ereditarietà perché, facendo riscoprire al bambino la dignità della sua mente, lo porta a non sopravvalutare questi fattori e, correggendo le sue false valutazioni, mette comunque anche queste sue proteste virili sotto il controllo della coscienza così riespansa.

*Suicidio e nevrosi infatti non sono che forme infantili di reazione alle sempre infantili sopravvalutazioni di queste cause, delle inferiorità e delle delusioni, perché, il suicidio – in tutto e per tutto come le nevrosi e le psicosi – costituisce una trincea, scavata sul campo di battaglia della vita in modo aculturale e dissociale, per fronteggiare con i propri pregiudizi (*Beeinträchtigungen*) cosa essa richiede, ma l'unica maniera di reagire in cui il suicida ha successo è quella di aver soffocato e rimosso il proprio senso di comunità, perché ha pensato solo a se stesso e non agli altri.*

(Traduzione di Egidio E. Marasco e Barbara Rubino)

## **Commento**

### *Premessa*

Prendendo in esame con gli allievi della Scuola Adleriana di Psicoterapia di Brescia la bibliografia delle prime opere di Adler sui problemi medici, psicologici ed educazionali di rilevanza sociale, abbiamo constatato che di “Scuola e suicidio” esisteva solo una traduzione in inglese del 1967, di difficile reperimento anche se Ansbacher l'ha immediatamente studiata e presentata [9].

I contributi al Simposio di Adler, Oppenheim (*Unus Multorum*) e Furtmüller [che nella monografia si firma Karl Molitor] appaiono in *Heilen und Bilden* [6], ma il saggio di Adler poi non figura nella monumentale raccolta degli scritti di Adler selezionata dagli Ansbacher [8], nella *Collected Clinical Work* di Stein né nella traduzione italiana di *Heilen und Bilden*. Anche quando si tratta questo specifico argomento, come recentemente hanno fatto Marina Bluvshstein e Coll. [10], non si fa riferimento ad esso, ma solo a successivi – e forse meno significativi – contributi di Adler sul tema.

Siamo, inoltre, assolutamente persuasi che anche nell'affrontare le opere di un Autore, le si debba sempre prendere in esame nella loro totalità, ma con particolare riguardo

al loro stato embrionario di sviluppo in grembo all'Autore e a come abbiano mosso i primi passi, confrontandosi con gli altri sistemi di pensiero e in che contesto culturale ciò sia avvenuto.

Per tutto ciò si è deciso di proporre la pubblicazione della traduzione italiana di questo scritto, in cui Adler affronta i meccanismi psicodinamici dei suicidi accostandoli a quelli osservabili nelle nevrosi e nelle psicosi.

### *Contestualizzazione*

Nell'inverno 1910, a Vienna, uno studente ginnasiale di nobile famiglia, dopo aver ricevuto un brutto voto sulla pagellina semestrale, si sparò. Ciò innescò un'aspra polemica sui metodi di insegnamento adottati nei licei, contro cui si scagliò un'aspra campagna di stampa. Oppenheim, professore di lettere in un liceo, si sentì pertanto in dovere di difendere la scuola dai suoi avversari e, a tal fine, il 16 marzo 1910, nelle riunioni della Società Psicoanalitica di Vienna, segnalò che Swoboda attribuiva il suicidio nei giovani a iper o ipogratificazioni della vita sessuale. Negli incontri dedicati al tema il 20 e 27 aprile [14] riferì, inoltre, come Baer, invece, nel suo volume *Der Selbstmord im Kindesalter*, lo riportasse alla precocità dei giovani di allora ed a dirette responsabilità delle istituzioni scolastiche.

Oppenheim contestò questa tesi nella lettera dello studente di latino, a firma Unus Multorum, con cui introdusse il tema a cui era stato dedicato un simposio [4]. In esso Egli, fra l'altro, accostò questo problema a quello delle frequenti risse anche fra gli scolari delle elementari affermando, inoltre, che il suicidio si verificava anche fra giovani apprendisti e che, pertanto, non poteva essere considerato una prerogativa degli studenti. Quando Oppenheim ripresentò su *Heilen und Bilden* la sua relazione ammonì così che "*Prudens interrogatio dimidium est veritatis*".

Al convegno, anche Freud fu d'accordo nel ritenere non degna di fede la tesi secondo cui fosse la scuola a spingere i giovani al suicidio, ma non accolse tutti gli argomenti "della difesa d'ufficio" di Oppenheim perché, se era vero che altri traumi inducono al suicidio anche giovani che non sono studenti, gli stessi traumi venivano comunque inflitti dalla scuola che, invece «*più che evitare di spingere i giovani al suicidio, dovrebbe creare in loro il piacere di vivere, offrendo appoggio e sostegno ai ragazzi, in un periodo della loro esistenza in cui il loro sviluppo impone l'allentamento dei legami con la casa paterna e la famiglia. Mi sembra incontestabile che la scuola non lo faccia e non assolva pertanto al proprio compito di offrire un sostituto alla famiglia e di suscitare interesse per la vita che si svolge nel mondo, al di fuori del limitato ambito familiare e scolare [...]. La scuola non deve mai dimenticare che ha a che fare con individui ancora immaturi, ma che hanno diritto di indugiare in queste fasi, magari sgradevoli, del loro sviluppo. La scuola, pertanto, non può assumere quella prerogativa di inesorabilità propria della vita e non deve voler essere nulla di più che un gioco in cui la si simula.*» (4 e 12, pp. 302-303).

Queste pur sagge affermazioni di Freud, pronunciate in questo contesto, sembrano semplicistiche tanto più che, anche dopo la relazione di Adler, Egli non era entrato nel merito del problema se non per affermare che nessuno era giunto a spiegare come si possa superare la straordinaria intensità della pulsione alla vita e se a ciò si possa pervenire solo con l'aiuto della libido delusa oppure se una rinuncia dell'Io alla conservazione di sé possa verificarsi per motivi propri dell'Io:

*«Forse non ci è stato possibile dare una risposta a questo problema psicologico, perché non abbiamo strumenti adeguati per affrontarlo. Ritengo che a questo riguardo non si possa fare altro che prendere le mosse dallo stato clinicamente noto della malinconia e dal suo confronto con i sentimenti provati nel lutto duraturo che, allo stato presente, però, ci sono ancora sconosciuti, come ancora non è stato reso psico-analiticamente comprensibile cosa avvenga della libido in queste condizioni. Rimandiamo pertanto il nostro giudizio a quando l'esperienza ci avrà consentito di risolvere questo problema.» (Ibidem).*

In effetti Freud aveva già affrontato queste problematiche, che per Lui erano rimaste irrisolte anche dopo l'esposizione di Adler, nella *Minuta N* acclusa alla lettera a Fliess del 31 maggio 1897 [11] e riprenderà il tema nel 1915 nello scritto *Metapsicologia: Lutto e melanconia* [13].

#### *L'intervento di Adler*

In verità Adler aveva acutamente ed esaustivamente interpretato i problemi psicologici ed il carattere del suicida e li aveva presentati in modo tale che avrebbero potuto ben integrarsi già da allora nella teoria freudiana.

Adler infatti aveva messo a fuoco il problema inquadrandolo nelle dinamiche psichiche del suicida che, come in ogni altro individuo, devono essere studiate nell'interezza della loro costellazione, con le correlazioni, che esse hanno con gli atteggiamenti che gli individui assumono a fronte delle richieste della società, e con le possibili malattie psichiche associate che, comunque, si sviluppano sotto identiche costellazioni psichiche.

Allo stesso modo le acquisizioni della Psicologia Individuale devono sempre essere incrociate con i dati della pedagogia, delle riforme sociali e delle più avanzate norme igieniche che, tutte, potranno trarre giovamento dal sapere che, dall'infantile sentimento di inferiorità e debolezza, ambivalentemente, si sviluppano sentimenti e tratti caratteriali fra loro antagonisti di sottomissione o di protesta ed anche i primi, almeno in tracce e inconsapevolmente, sono animati dalla protesta.

Lo stile di vita, modellato nell'inconscio dai tratti caratteriali di sottomissione, dai piagnistei, dall'ipocondria e dallo *Weltschmerz*, trasforma questi ultimi in mezzi per conquistare e consolidare dominio, anche se poi, dalla stessa tensione intrapsichica e dal viraggio del sentimento di debolezza del bambino al suo voler essere grande, nascono paure e dubbi.

Adler traccia inoltre un parallelismo tra inferiorità/aspirazione alla superiorità e gli stereotipi delle differenze di genere presenti, oltre che negli Autori che cita (Schopenhauer, Nietzsche, Moebius, Weininger), anche nella poesia *Männerwürde* del 1782 di Schiller, [14], che è un Autore da Lui particolarmente amato e citato.

### **Orgoglio maschile**

Uomo io sono e, chi lo è più di me  
e la stessa cosa può dire,  
libero davanti al Dio sole si porti  
e, cantando, al suo cospetto si ponga.

Alla sua bell'immagine innanzi,  
di uomo il sigillo io posso mostrare  
e alla fontana mi immergo,  
da cui sgorga il cielo e la vita.

Se una ragazza accanto mi passa,  
a me stesso grido che uom io sono,  
con passione la bacio, lei arrossisce  
e il corsetto la stringe,  
perché sa il suo grembo che uomo io sono.

Le urla fa riecheggiare e grida "pietà".  
Come nuda nel bagno sorpresa,  
che son uom le sovviene  
e misericordia chiede,  
invocando clemenza.

Uomo io sono, e sol tale parola  
me la fa incontrare da sola,  
quandanche sia figlia del re  
ed io sembri rude e scortese.

D'oro è questa parola che dice  
e nobil mi fa, le sue grazie a me concedendo.  
Uomo mi chiama, ma veglia  
e controlla altri cari ragazzi figli del sole.

Uomo io sono, ma non cede:  
 sol gli assalti dell'uomo lei ama,  
 altrimenti già sarebbe crollata  
 e vittoriosa, pertanto, si sente  
 e resiste al mio corteggiare;  
 ma sol da lei prepotenti sgorgan genio  
 e flusso creativo che uom potente mi fa.

Il tiranno odia il mio talismano,  
 e se a terra nol getta egli uccide.  
 Così a Granico quello persiano  
 [Alessandro] ha sconfitto e il tiranno di Roma  
 un talisman dopo l'altro ha fatto cadere  
 di chi il suolo tedesco calcava.

E lo vedete? In Africa s'insedia  
 sconsiderato e presuntuoso il romano.  
 I suoi occhi che vedono Hekla<sup>5</sup>  
 lampeggiando sputano fiamme.

Ma al ragazzo che allegro  
 qui giunge e nulla ha da capire:  
 "Marius -dico- hai visto  
 troneggiar su Cartago distrutta?"

Così parla il fiero romano  
 e grande si sente ma null'altro  
 che un uomo egli è  
 se anche tutti tremare egli fa.  
 Ma che c'è da vantarsi,  
 cosa c'è da cantare?  
 Se ai propri nipoti nulla rimane  
 nulla c'è da gioire.

Terrore e violenza  
 caricatura son del sesso  
 e con disonore fan perdere  
 i più alti diritti dell'uomo  
 e del cielo i migliori regali.

<sup>5</sup> Ekla o Hela, figlia di Loki dio dell'inganno, era la divinità della morte incaricata di frantumare i cadaveri di chi, morendo senza onore, non poteva pertanto essere accolto nel Valhalla.

Nel mondo girovagando  
miseramente egli va  
come ragazzo sul cui capo  
grande troneggia una zucca!

Con l'alambicco di un chimico  
per il diavolo il suo spirito  
egli ha distillato,  
ma gli umori del seme trattiene!

E ogni viso di donna rifugge  
che tremando egli vede,  
la concupisce ma, non potendola avere,  
scompare vorrebbe  
e ogni uomo di onore rifugge  
la sua fortuna invidiando.

Amare non può chi uomo non è!  
Io invece cammino cantando  
e con orgoglio proclamo  
che uomo io sono.

Chi lo è più di me?  
Avanti si faccia saltando  
e cantando si ponga  
al cospetto di Dio.

La vita di relazione intensifica la tensione intrapsichica, indirizzandola ai modelli patologici di aggressività, potere e dominio proposti dalla famiglia e dalla società in cui femminile coincide con debolezza e sottomissione e maschile con forza e dominio.

Parlando di dinamiche dialettiche e di ermafroditismo, Adler, inoltre, pone l'accento su un'altra diade di opposti: *debolezza e inferiorità infantile/smania di divenire un uomo grande*, che porta a dare un'impronta indelebile, a coniare il sentimento che porta a progredire analogamente a quanto avviene nella coniazione di Heinroth (*Prägung*) o nell'imprinting di Lorenz (1937), che già prima era stato descritto da Tommaso Moro in *Utopia* (1516) e da Spaulding nel 1873 (15, p. 50).

Dibattendo il tema nel circolo freudiano, del resto, era inevitabile che Adler tenesse ancora ancorata al soddisfacimento pulsionale anche la gratificazione di valere nella società. Egli però va oltre, anticipando tutto quello che sarà il suo pensiero e considera

nevrosi, psicosi, *weltschmerz* ed il suicidio come mezzi per perseguire finalità di superiorità o di sicurezza. Inconsciamente pertanto si può giungere a desiderare malattia e morte, pur di aggredire parenti e professori compiendo un atto di vendetta per essere stati sempre ricacciati indietro.

Presumiamo che, nella revisione per inserirlo in *Heilen und Bilden* e nella sua successiva seconda edizione curata da Wexberg, da cui l'abbiamo tradotto, possa esser stato fatto un minimo lavoro di cosmesi, parlando espressamente di Psicologia Individuale e non di psicoanalisi – dottrina che, come diceva allora Freud, era stata fondata da Lui, ma portata avanti da Adler – solo per non correre il rischio che il pensiero di Adler venisse ancora frainteso e misconosciuto, continuando a essere preso in considerazione solo “all’ombra di Freud” [17], dove comunque appariva come “un’alzata stonata sovrapposta a decorare un mobile completamente diverso” (6, p. 29) ed anche noi abbiamo rispettato questa scelta.

---

(Commento di Egidio E. Marasco, discusso con Stefano Falappi, Cristina Ferrari, Cristina Grassi, Luigi Marasco, Rita Stabile e Teresa Soldini, allievi del primo anno di corso della Scuola Adleriana di Psicoterapia, sede di Brescia, dell’Istituto Alfred Adler di Milano).

### Bibliografia

1. ADLER, A. (1907), *Studie über Minderwertigkeit von Organen*, tr. it. *Inferiorità e compenso psichico*, Mimesis, Milano-Udine 2013.
2. ADLER, A. (1909), Über neurotische Disposition. Zugleich ein Beitrag zur Ätiologie und zur Frage der Neurosenwahl, *Jb. Psychoanal- Psychopat. Forsch.*, 1: 526-545, tr. it. Predisposizione alla nevrosi: contributo allo studio della sua patogenesi ed al problema della scelta del tipo di nevrosi, in ADLER, A., *Guarire ed educare*, Newton Compton, Roma 2007.
3. ADLER, A. (1910), Der psychische Hermaphroditismus im Leben und in der Neurose (Zur Dynamik und Therapie der Neurosen), *Forsch. Med.*, 28: 486-493, tr. it. L'ermafroditismo psichico nella vita e nella nevrosi (Psicodinamica e terapia della nevrosi), in ADLER, A., *Guarire ed educare*, Newton Compton, Roma 2007.
4. ADLER, A. (1910), *Über den Selbstmord insbesondere den Schüler-Selbstmord*, in ADLER, A., FREUD, S., FRIEDJUNG, J. K., MOLITOR, K. [FURTMÜLLER, C.], REITLER, R., SADGER, J., STEKEL, W., UNUS MULTORUM [OPPENHEIM, D. E.] (1910), *Über den Selbstmord insbesondere den Schüler-Selbstmord*, Diskussionen

des Wiener psychoanalytischen Vereins herausgegeben von der Vereins Leitung, I Heft, Bergmann, Wiesbaden, tr. ingl. edited by FRIEDMAN, P., *Discussions of the Vienna psychoanalytic Society 1910 on suicide with particular reference to suicide among young students*, International Universities Press, New York 1967.

5. ADLER, A. (1912), *Über den nervösen Charakter: Grundzüge einer vergleichenden Individualpsychologie und Psychotherapie*, Bergmann, München, tr. it. *Il carattere dei nevrotici*, Newton Compton, Roma 2008.

6. ADLER, A. (1935), *Über das Wesen und die Entstehung des Charakters*, *I. Z. f. Individualpsychol.*, 9: 29-30.

7. ADLER, A., FURTMÜLLER, C. (1914), *Heilen und Bilden*, tr. it. *Condotta sulla seconda edizione del 1922*, curata da Wexberg, E. *Guarire ed educare*, Newton Compton, Roma 2007.

8. ANSBACHER, H. L., RIPIN ANSBACHER, R. (1964), *Superiority and social interest: a collection of later writing*, tr. it. *Aspirazione alla superiorità e sentimento comunitario*, Edizioni Universitarie Romane, Roma 2008.

9. ANSBACHER, H. L. (1968), *Adler and the 1910 Symposium on suicide. A special review.*, *Individ. Psychol.* 24 (2): 181-92.

10. BLUVSHEIN, M., FILATOV, F., KAJINO, M., JAKSON, A. (2019), *Social interest as antidote to suicide: the cross-cultural applicability an Adlerian solution*, SHS Web of conferences 70, 01002 (2019), ICTDPP-219 <https://doi.org/10.1051/shsconf/2019700900Z>.

11. FREUD, S. (1887-1904), *Briefe an Wilhelm Fließ*, tr. it. *Lettere a Wilhelm Fliess*, Bollati Boringhieri, Torino 1985.

12. FREUD, S. (1910), *Zur Selbstmord discussion*, tr. it. *Contributi a una discussione sul suicidio*, in *Freud opere*, vol. VI, 1909-1912, Boringhieri, Torino 1974.

13. FREUD, S. (1915), *Metapsychologie*, tr. it. *Metapsicologia*, in *Freud opere*, vol. VIII, Bollati Boringhieri, Torino 1966.

14. MARASCO, E. E., BERSELLI, C., PAGANI, M. B. (2000), *Storia della Psicologia Individuale in Italia*, SIPI, Milano.

15. NUNBERG, H., FEDERN, E. (a cura di, 1967), *Minutes of the Vienna psychoanalytic society*, vol. 2, *On suicide*, 1908: 503-4.

16. SCHILLER, F. (1782), *Sämmtliche Werke*, Cotta, Stuttgart und Tübingen, 1812-1815.

17. STEPANSKY, P. E. (1983), *In Freud's Shadow. Adler in context.*, tr. fr. *Adler dans l'ombre de Freud*, P. U. F., Paris 1992.

Egidio Ernesto Marasco  
Via Santa Maria Valle 7  
I-20123 Milano  
E-mail: egidiomarasco@yahoo.it

## Mea Culpa: che cosa deve fare l'umanità? L'esperienza di Adler durante la pandemia

Marina Bluvshstein

BLUVSHTEIN, M. (2021), Mea Culpa and What is Humanity to do? Adler's understanding of and Approaches to Pandemics, *Journal of Individual Psychology*, 77(1): 59-72.

Traduzione italiana di Giansecolo Mazzoli

*Summary* – MEA CULPA AND WHAT IS HUMANITY TO DO? ADLER'S UNDERSTANDING OF AND APPROACHES TO PANDEMICS. Alfred Adler lived through the epidemics of typhus, malaria, diphtheria, and later the Spanish flu as an army physician between 1916 and 1918. He was a physician in Wien after the World War I. Yet there are no direct references to the Spanish flu in any of his writings during or about the corresponding year. This article discusses the social, economic, and public health environment in which Adler lived between 1918 and 1920, details of his life, the focus of his work during those years, the possible reason he never mentioned the Spanish flu directly, and a clear holistic evolutionary approach to the pandemics that is visible and palpable in Adler's writings.

*Keywords:* PANDEMIA, COMPLESSITÀ SOCIALI, SENTIMENTO SOCIALE

*Si rischia l'analogia con la tragica fine dei dinosauri o c'è qualche speranza che la nostra specie arresti la spinta all'autodistruzione?*  
Lydia Sicher (31, p. 87).

*"Non bisogna solo chiedersi" [Adler] direbbe  
"quali effetti produce un batterio su un corpo - è anche  
importante sapere come il corpo influenza un batterio".*  
Phillis Bottome (10, p. 81).

### I. Introduzione

Il COVID-19, il nuovo coronavirus comparso nel 2019, ha colto l'umanità completamente impreparata. Al momento della sua comparsa c'era chi pensava di vivere un

periodo disastroso per la vastità dei problemi che affliggevano gli uomini in molte zone del mondo. Tra i più significativi c'era l'enorme massa dei senza lavoro [9, 24, 36], l'aumento delle tensioni razziali negli Stati Uniti e in buona parte del pianeta [17, 28], i disordini sociali, la violenza, i problemi legati alla denutrizione [19] e l'aumento dei disturbi mentali, in particolare della depressione e dei suicidi [11, 13, 34]. Significativo è stato il clima delle ultime elezioni presidenziali negli Stati Uniti che hanno reso palesi le criticità sociali, razziali ed economiche.

Nel corso della storia, l'umanità ha attraversato molte pandemie che hanno afflitto tutti i continenti. Dal lontano 430 a.C., che vide la febbre tifoidea spazzare via due terzi della popolazione della Grecia fino alla recente comparsa della SARS nel 2003 [30], si sono succedute molte tragedie: nel XIV secolo, la peste bubbonica ha portato via da un terzo a metà della popolazione dell'Europa e del Medio Oriente.

La pandemia più prossima al nostro tempo è stata l'influenza spagnola, la prima dell'era della società di massa [35] che ha colpito il mondo tra il 1918 e il 1920. Il virus di questa influenza contagiò un quinto della popolazione mondiale e, secondo stime variabili, provocò la morte a un numero compreso tra i 40 e i 100 milioni di persone [12, 23, 25, 30, 37], causando la riduzione del 5% dell'intera popolazione mondiale.

Nel passato, la rapida diffusione delle infezioni, base degli sviluppi pandemici, portava al collasso l'organizzazione sociale oltre a mietere numerosissime vittime. Questi eventi precedevano, in genere, i disordini sociali ed economici; a volte invece, seguivano la disgregazione del tessuto socio-economico.

La circolarità tra cause ed effetti delle pandemie è stata osservata da Muan [22], che ha descritto gli effetti del vaiolo e di altre infezioni nel Nord America sulle tribù indigene e ha dimostrato come la conseguente compromissione dell'organizzazione sociale abbia fiaccato le loro forze nella lotta contro i conquistatori europei. Analoga influenza ebbe l'epidemia di Ebola del 2014 nell'Africa Occidentale sui moti di ribellione in Liberia. Nel XIV secolo la peste bubbonica fu seguita da una pesante carestia: il gran numero di adulti morti aveva spopolato le campagne e dimezzato i raccolti. In questo nostro tempo il Covid-19 sta generando instabilità economiche negli Stati Uniti e in tutti gli altri paesi del mondo.

Alfred Adler è stato impiegato come medico militare tra il 1916 e il 1918 e, dopo la fine della prima guerra mondiale, ha lavorato come medico generico. È quindi vissuto durante l'influenza spagnola e ha seguito il suo intero sviluppo. Gli anni della pandemia sono stati, per Adler, anni di grande impegno professionale e sociale, cui si sono affiancati i doveri familiari e le preoccupazioni per la crescita dei quattro figli (nel 1918 la figlia più piccola, Nelly, aveva 10 anni e Valentina, la più grande, ne aveva 20). Tuttavia nei suoi articoli, nelle lezioni registrate e nella corrispondenza privata non si trovano descrizioni dell'influenza Spagnola né considerazioni epidemiologiche o genericamente sanitarie.

Il presente articolo descrive l'ambiente socio-economico e le condizioni dell'igiene pubblica delle società del periodo dell'influenza Spagnola, con particolare riferimento alla situazione dell'Austria. Presenta poi la vita familiare e le attività professionali di Alfred Adler durante quel periodo e si interroga sulle possibili ragioni della mancanza di descrizioni relative alla pandemia.

È però certo che lo studio attento degli scritti di Adler lasciano trasparire le acute intuizioni che ebbe sulle condizioni del periodo, segnato dall'incertezza sui destini dell'umanità. Immaginiamo condividesse gli interrogativi di Lydia Sicher [30], sua collega, che esprimeva così le sue preoccupazioni: «*Si rischia l'analogia con la tragica fine dei dinosauri o c'è qualche speranza che la nostra specie arresti la spinta all'autodistruzione?*» (30, p. 87). I resoconti sulla vita di Adler tra il 1918 e il 1920 e i suoi scritti danno risposte a queste preoccupazioni e contengono segnali di speranza per la nostra specie.

## II. *L'ambiente sociale, economico e la salute pubblica tra il 1918 e il 1920*

Il bilancio delle vittime dell'influenza del 1918-1920 (conosciuta in Europa come Influenza spagnola o *la grippe*) ha superato quello delle morti avvenute in tutti i paesi nel corso della prima guerra mondiale. In meno di un anno le vittime di questa malattia è stato tra i 40 e i 100 milioni [23]. Oldstone [25] rileva che negli Stati Uniti il bilancio dei morti è stato il quadruplo delle perdite registrate dalle forze armate nei quattro anni di guerra, di cui ben l'80% è stato causato dalla pandemia.

In modo rapido e impietoso, le pandemie attraversano i confini dei paesi e colpiscono senza distinzioni di classe sociale, genere, età; tuttavia il loro impatto sui diversi gruppi si manifesta con grandi disparità. Alcuni paesi, devastati dalla guerra o dalle rivoluzioni, (ad esempio l'Austria, il Regno Unito, gli Stati Uniti, la Russia) hanno pagato i prezzi più elevati. I poveri nelle città e i soldati nelle trincee hanno sopportato le sofferenze più grandi. Negli ospedali militari degli Stati Uniti e dell'Austria i giovani e gli individui attivi hanno dolorosamente patito. La malattia si sviluppava in modo tipico: dopo tre o quattro giorni dall'inizio dei sintomi, poteva sopraggiungere la morte.

Crosby [12] ha accostato le condizioni che, durante la guerra, si sviluppavano a seguito dall'influenza spagnola, alle putrescenti realtà dei pozzi neri entro cui si sviluppano virus perniciosi e dannosi per la salute (12, p. 9). All'epoca, gli ospedali non erano preparati ad affrontare pandemie che colpissero l'apparato respiratorio e non si conoscevano né le tecniche di cura né i farmaci per trattare quel tipo di influenza.

Il personale sanitario, medici e infermieri, era insufficiente; Crosby cita Vaughan, un past president dell'Associazione Medici Americani: «*ciò che i medici conoscono oggi dell'influenza spagnola non è molto di più di quanto i fiorentini sapessero della Morte Nera*» (12, p. 312). Non sorprende che, mentre la guerra contava le sue vittime e

l'armata austriaca verificava l'assottigliarsi delle sue file, si registrasse una carenza di dottori giovani e il 46enne Alfred Adler, nel 1916, fu mandato al fronte come medico militare.

La morbilità, la mortalità e i livelli dei trattamenti sanitari presentavano significative differenze tra le diverse classi sociali [21, 23, 25] e la tubercolosi (TBC) era dilagante. Le carenze alimentari e le scarse condizioni igieniche minavano la resistenza fisica e aumentavano la vulnerabilità agli attacchi del virus; questa condizione era particolarmente critica tra gli emarginati. In Austria la diffusione della pandemia produsse uno sconvolgimento nell'organizzazione socio-economica: dopo la sconfitta del 1918, l'economia del paese crollò [15, 18, 20]. Ellenberger [15] descrisse così la "massima angoscia" che si viveva a Vienna:

*«Vi furono carestia, mancanza di carburante e d'illuminazione nelle strade, epidemie e carenza di assistenza medica. La maggior parte della popolazione era economicamente rovinata. Patrimoni e risparmi erano andati perduti, sia per i ricchi sia per i poveri e le famiglie erano disunite perché migliaia di uomini erano trattiene prigionieri in altri paesi... La propaganda rivoluzionaria dilagava... La delinquenza giovanile cresceva di giorno in giorno»* (15, p. 672).

Hoffman [20] ha descritto l'Austria del dopoguerra afflitta dalla grande carestia e dalla mancanza di tutto. Nel pamphlet "The Other Side", Adler [7] scrisse: *«Poi vennero la fame e le file interminabili di donne e bambini disperati che stavano giorno e notte, sotto la pioggia e la neve, davanti ai negozi di avidi commercianti»* (7, p. 152). Gruber [18] ha descritto le fonti di tensione sociale nella Vienna del 1917-1918 in cui la mancanza di cibo, di carburante, i problemi causati dai flussi di rifugiati, dalla prostituzione, dalle malattie veneree e dalla tubercolosi erano aggravati dall'incombente – poi effettiva – perdita della guerra.

Anche a pace raggiunta non cessarono le preoccupazioni: nell'inverno successivo alla resa i sentimenti di insicurezza tra i viennesi crebbero perché la spagnola mieteva migliaia di vittime [18] al punto che il periodo era considerato da molti *«un preludio all'Armageddon»* (18, p. 19). Mai si era vista tanta incertezza politica, con proteste di piazza, carenza di generi di prima necessità, occasionali saccheggi, continui scioperi e, non da ultimo, una astronomica inflazione.

L'impatto della pandemia sulle persone e sulle loro relazioni fu molto pesante, soprattutto per coloro che vissero il dramma della perdita dei loro cari. La quinta figlia di Freud, Sophie, coniugata col fotografo Max Halberstadt, morì ad Amburgo nel gennaio 1920 per le complicazioni dell'influenza spagnola. Aveva 27 anni. Le restrizioni nei viaggi impedirono a Freud [15] di partecipare al suo funerale. Con il cuore spezzato, il 27 gennaio scrisse al pastore Pfister: *«Sophie ci è stata strappata via dalla polmonite influenzale, colpita nel bel mezzo di una splendida salute [...] in quattro o cinque gior-*

*ni... è come se non fosse mai esistita. Non abbiamo potuto viaggiare come avremmo voluto dopo le prime notizie allarmanti; ma non c'era nessun treno, nemmeno per le emergenze. La cieca brutalità del nostro tempo ci pesa molto»* (15, p. 327).

Quasi tutti i governi rimasero pericolosamente inattivi; non presero iniziative epidemiologiche, sociali o di natura economica. Attanagliati dalle preoccupazioni per la guerra e per quanto sarebbe successo al termine del conflitto, i governi europei seguivano altre priorità. Allarmati dalla rivoluzione russa della fine del 1917, che minacciava di dilagare, sceglievano di distrarre l'attenzione dell'opinione pubblica orientandola su questioni irrilevanti come la frequenza degli incidenti stradali, le avverse condizioni atmosferiche, lo sport.

Il governo degli Stati Uniti e la maggior parte dei suoi dipartimenti sembravano ignorare la pandemia, anche quando, alla fine del 1918, la città di New York, sotto i colpi dell'influenza, registrava perdite quotidiane, tra le 400 e le 500 persone [12]. La descrizione di Katherine Ann Porter [26] delle *“case silenziose, le ombre diseguate, le strade vuote, sono la morta e fredda luce del domani”* (26, p. 208) è metafora del bivio di fronte a cui si trovava l'umanità dal 1918 al 1920.

### III. Lavoro e vita di Adler tra il 1918 e il 1920

All'inizio della pandemia da influenza spagnola, i figli di Adler avevano 18, 15, 11 e 8 anni. Adler e la moglie Raissa, come tutti i genitori dell'epoca, vivevano le preoccupazioni per la guerra e per le condizioni sanitarie dovute anche ad altre epidemie; il tifo, il colera e la tubercolosi erano diffuse e pericolose. Ulteriori ansie per gli Adler riguardavano le sorti della famiglia di Raissa che viveva in Russia, paese scosso dalla rivoluzione e dai pericoli delle epidemie diffuse anche in quel paese.

Le lettere di Timofei (Tanya), il padre di Raissa, quelle della sorella Rosalia e della matrigna Anna, descrivevano le condizioni generate dalla pandemia, dai prezzi che crescevano (*«giornalmente in modo significativo»*), dalla disoccupazione (*«la maggior parte delle attività produttive ed economiche sono molto rallentate»*), dall'isolamento relazionale (*«vediamo raramente amici e parenti, alcuni non li vediamo per niente»*) (R. Adler, 1920 – 1940, T. Epshtein to R. Adler, n. d., tradotto da M. Bluvshstein).

Il 1° ottobre 1918, Timofei scriveva: *«la nostra situazione è ancora difficoltosa – non c'è nessun cambiamento – ma la gente si sta abituando, come del resto ad ogni cosa. Certo tutto ciò non può continuare indefinitamente, qualcosa dovrebbe cambiare in meglio»* (R. Adler, 1920 – 1940, T. Epshtein to R. Adler, 1° ottobre, 1918, tradotto da M. Bluvshstein).

Adler si dedicò al lavoro in modo indefesso, incurante della sua salute. Secondo Botome, [10] l'estenuante lavoro che svolgeva nell'ospedale militare potrebbe aver favo-

rito l'infarto cardiaco del 1937. Nel diario del 1925 (non pubblicato) della figlia Nelly, viene ipotizzata una lieve forma di tubercolosi che probabilmente Adler contrasse nei primi mesi del 1920. La corrispondenza di Adler e gli aneddoti che lo riguardano, riportati da Alina Furtmüller nelle lettere inviate a Raissa Adler nel 1937, mostrano quanto Egli sia stato premuroso e attento sia verso i familiari sia verso tutte le altre persone. Ha vaccinato i suoi figli contro il vaiolo: nel 1918 ha somministrato il vaccino alla figlia Nelly (lo sappiamo per un certificato di immunizzazione che ha firmato e datato 30 luglio 1918, contenuto nel "Carteggio Alfred Adler 1888-1975" (conservato nella Biblioteca del Congresso e tradotto da Sabine Landscheidt).

I due anni di servizio che Adler fece come medico militare (dal 1916 al 1918) nell'armata austriaca furono significativi per lo sviluppo del suo essere psichiatra ed educatore [10, 15, 20]. Nei primi periodi fu impiegato nel reparto neuropsichiatrico dell'ospedale di Semmering (Austria) poi venne mandato vicino al fronte russo; successivamente *«fu trasferito nel piccolo villaggio di Petzenkirchen con l'incarico di curare i prigionieri russi affetti dal tifo.»* (10, p. 110).

Nel 1917 tenne a Semmering una conferenza per i medici militari sulle nevrosi di guerra [15]. Più tardi, nel 1918, il relativo saggio fu pubblicato su un giornale svizzero sotto pseudonimo con il titolo "Uno psichiatra e le psicosi di guerra". Il pamphlet di Adler "L'altro lato" fu pubblicato nel 1919: descriveva la natura del volontariato, la questione delle diserzioni di massa, la natura degli atteggiamenti mentali di alcuni volontari che rispondevano all'appello alle armi, la guerra e la violenza, le colpe della guerra. In quel tempo parlare di questi temi era molto rischioso.

Bottome [10] scrive che la pressione del lavoro su Adler era tanto alta, – per due anni ha lavorato 16 ore al giorno – che non aveva tempo di redigere le sue note: per questo motivo non si ha traccia degli insight che ebbe in quel periodo. Furono però anni in cui Adler scrisse i suoi articoli più incisivi, forse per il prolungato contatto con uomini esauriti, vicini alla morte in un esercito prossimo ad essere sconfitto.

Gli scritti di Adler tra il 1918 e il 1920 mostrano la crescente maturazione della sua filosofia. Presentano l'affascinante integrazione dei temi sociali e politici che confluirono nella sua teoria sulla natura umana e sulla visione del futuro dell'umanità. I titoli di alcuni lavori del periodo sono eloquenti: "La vita interiore del bambino e il sentimento sociale" (1917), "Dostoevskij" (1918), "Psicologia Individuale nell'educazione" (1918) e la pietra miliare "Bolscevismo e Psicologia" [5] nel quale l'idea di *Gemeinschaftsgefühl* venne formulata in modo chiaro per la prima volta.

Questo lavoro con i due altri articoli "Nuovi aspetti delle nevrosi di guerra" del 1918 e "L'altro lato: studio della psicologia di massa sulle colpe delle Nazioni" del 1919, possono essere visti come una triade che commenta quanto accadeva nel mondo.

Nel 1919, nella prefazione alla seconda edizione de “Il carattere dei nevrotici”, Adler imputò alla prima guerra mondiale la più terribile nevrosi di massa che mai prima si fosse vista:

*«La nostra civiltà, pur erosa dalla sua smania di potere e dalla sua politica di ricerca del prestigio, è comunque risorta dalla guerra, ma anche il raccapricciante corso degli avvenimenti contemporanei conferma in modo spaventoso il ragionamento lineare di questo libro. La rotta da esso tracciata rivela che la lotta per il potere è un'opera d'arte demoniaca che, ovunque, è stata lasciata libera di abusare, con l'inganno e l'astuzia, dell'immortale sentimento comunitario del genere umano.»* (4, p. 41).

In “Bolscevismo e Psicologia” Adler [5] scrisse in modo profetico: *«Non c'è nessun vantaggio che può venire dall'uso del potere... coloro che sono esclusi dal potere aspettano di ribellarsi, pronti a giustificare l'uso delle armi»* (5, p. 132). Egli conclude: *«La guerra non è uno strumento che segue la politica ma l'atto criminale più grande contro le relazioni dell'umanità.»* (Ivi, p. 135).

Queste affermazioni mostrano il pensiero olistico di Adler, capace di osservare e prevedere gli eventi, comprendere l'esistenza umana nella sua globalità e le sfide che il susseguirsi degli accadimenti politici e sociali pongono all'uomo. Vedeva nel “veleno del dominio” e “nell'intossicazione da potere” (Ivi, p. 133) una malattia per la natura umana e una minaccia per l'umanità. Cercava una “prodigiosa” medicina per queste intossicazioni, una ricerca che ha costituito il focus e la principale occupazione tra il 1918 e l'inizio del 1920 senza peraltro trascurare le altre preoccupazioni.

Alcuni studiosi hanno voluto considerare Adler un attivo socialista, ma egli fu principalmente un educatore pacifista. Lo rivelano i suoi scritti del periodo della guerra e quelli redatti dopo la fine del conflitto mondiale. Nel 1920, secondo Ellenberger [15] Adler «rifiutò di coinvolgersi in un'attiva politica militante» vedendo che «il bisogno più urgente dell'umanità era la riforma e la diffusione dell'istruzione alla luce delle concezioni della Psicologia Individuale» (15, p. 674-675). In “Bolscevismo e Psicologia” Adler [5] ha proposto di sostituire «l'odio latente con la buona volontà reciproca» (5, p. 136).

#### IV. Perché Adler non scrisse in modo aperto dell'influenza Spagnola?

Il termine “influenza spagnola” non compare mai negli scritti di Adler e non si hanno riferimenti espliciti al tema in manoscritti non pubblicati o nella sua corrispondenza privata. Questa omissione, secondo Orgler [26], può apparire strana dato il suo «speciale interesse per le malattie incurabili» e per il suo desiderio di «combattere la morte prematura causata dalla malattia.» (26, p. 19).

La morte per difterite del fratello minore Rudolph, i suoi attacchi di polmonite durante l'infanzia, la malattia cronica alle corde vocali, che di tanto in tanto portava a

episodi di incipiente soffocamento e la probabile tubercolosi contratta all'inizio del 1920, suggeriscono il particolare interesse per le malattie che colpiscono l'apparato respiratorio. Nella corrispondenza privata, conservata nella Biblioteca del Congresso, ci sono solo due cartoline del periodo della guerra, entrambe spedite dall'ospedale di Cracovia, ma nessuna cita la questione dell'influenza.

Negli scritti di Adler del 1918, troviamo discussi gli orrori della guerra e quelli della politica del dopoguerra, ma non troviamo alcun riferimento alla pandemia neanche in occasione della morte del famoso leader del Partito socialdemocratico, Victor Adler, che contrasse la spagnola e morì un'ora prima della proclamazione della prima Repubblica (20, p.109).

Quindi: perché Adler non citò mai l'influenza Spagnola?

È importante sapere che il silenzio attorno alla spagnola non significa che Adler (come altri suoi contemporanei che, nei loro scritti, non ne hanno fatto cenno) fosse indifferente o poco sensibile alla pandemia. Il silenzio è durato per tutto il tempo della diffusione virale; non solo gli individui non ne hanno parlato, anche i governi hanno seguito la via del silenzio.

Questo comportamento può essere spiegato per la confluenza di diversi fattori: la pandemia da influenza spagnola era affiancata da altre ricorrenti epidemie e la censura, durante il periodo della guerra, proibiva di parlarne; inoltre gli apparati governativi modulavano l'indottrinamento politico del popolo per cui le comunicazioni ufficiali minimizzavano i problemi sanitari.

Crosby [12] ha analizzato i principali quotidiani americani del periodo e ha rilevato che al proibizionismo, alla Rivoluzione Russa e al baseball era dato il maggior rilievo rispetto all'influenza spagnola, a dispetto del fatto che lo stesso Presidente Woodrow Wilson ne fu contagiato nel 1919. La malattia di Wilson fu raccontata come un raffreddore preso a Parigi in una giornata di pioggia. Tomes [35] ha inoltre notato che i giornali americani davano poche informazioni sull'influenza e solo nelle pagine secondarie. Anche la letteratura americana si è poco interessata al delicato problema: si trovano solo due volumi che hanno tematizzato le difficoltà diffuse nella società e l'impatto sulla vita quotidiana: il libro di Thomas Wolfe, *Look Homeward* e quello di Angel e Katherine Porter, *Pale Horse, Pale Rider*.

Il 16 Maggio 1916 il Congresso degli Stati Uniti approvò il "Sedition Act" che bollava come atto criminale il diffondere qualsiasi informazione che potesse essere utilizzata da un paese nemico. Simili decreti furono emanati anche dai paesi Alleati e in Austria-Ungheria. Come Adler scrisse in un Pamphlet [6]: «...*La censura ha costruito una cortina di ferro intorno alle città e alle campagne. Nelle zone di guerra le osservazioni critiche riguardanti il conflitto, anche se espresse in lettere private, erano considerate tradimento, passibili di condanna a morte. Dappertutto si parla di arresti*

*e sentenze di morte; qualsiasi osservazione critica, pronunciata anche con le migliori intenzioni, può portare a conseguenze indesiderabili»* (6, p. 150).

Questo spiega il perché Adler inviò solo due cartoline durante tutto il periodo della guerra. In tutti i paesi belligeranti i dati sulle morti e sulle relative vicende accadute erano registrate, ma segretate dalle unità militari, perché ritenute materiale che poteva essere oggetto di spionaggio.

Un'altra possibile ragione di tanto diffuso silenzio fu il concetto, di impronta nazionalista, di "morte eroica", sottolineata e rinforzata dalle campagne di stampa. L'influenza spagnola era parte della guerra e «*nell'atmosfera del 1918 l'unico modo per dare dignità alla lotta alla malattia era considerarla parte della guerra*» (11, p. 320). Le ricerche di Crosby riportano che nei giornali del 1918-1920 le cerimonie funebri dei soldati morti per l'influenza prevedevano che il sergente della compagnia pronunciasse la formula "*morto sul campo con onore*".

In Gran Bretagna Sir Arthur Newsholme, ufficiale medico capo del British Local Government Board sosteneva che le preoccupazioni per l'influenza non fossero patriottiche [8]. In Russia il giornalista americano John Reed [29] scrisse *Dieci giorni che sconvolsero il mondo*, una dettagliata cronaca con infiniti dettagli di eventi occorsi durante la Rivoluzione Russa.

Nel libro sono menzionati i prezzi del cibo, i decreti del governo, i dialoghi con i poveri paesani e i pensieri e le azioni dei bolscevichi di alto rango. Nulla viene riportato, neanche una parola, sulla morte di Yakov Sverdlov, capo del Comitato Esecutivo Centrale dovuta all'influenza, né su altre morti illustri causate dal tifo, dal colera o da febbri ricorrenti. Tanto silenzio, nonostante l'annuncio di Vladimir Lenin nel 1919, che combattere i pidocchi per ridurre la diffusione del tifo doveva essere il terzo obiettivo del governo bolscevico [33]. Sembra che la morte per influenza di Sverdlov non fosse, per John Reed, sufficientemente eroica e degna di essere menzionata nel suo libro sulla Rivoluzione.

Infine, la relativa indifferenza e il silenzio intorno all'influenza potrebbero essere anche spiegati dal fatto che il tifo, la febbre gialla, la difterite e il colera erano tutte epidemie vive nella memoria della gente (11, p. 319). Pertanto le questioni ad esse legate non avevano carattere di novità; non vi era davvero nulla di nuovo anche se la gravità dell'influenza spagnola avrebbe meritato maggior attenzione.

Si può solo speculare su quale delle differenti cause fu determinante per spiegare il silenzio sull'argomento. È certo che Adler, nel bel mezzo della pandemia, non aveva la visione globale del fenomeno; aveva solo i dati della sua pratica e le testimonianze dei suoi colleghi. Non poteva quindi avere idea di quanto grave potesse essere la spagnola rispetto agli effetti, singoli o cumulativi, delle altre situazioni, del tifo, del colera, della difterite, delle ferite di guerra e della malnutrizione.

Potrebbe anche essere che il cittadino Adler abbia scelto di obbedire alle indicazioni della censura bellica evitando di trasmettere informazioni coperte dal segreto militare e che potevano allarmare ulteriormente la popolazione. Inoltre, il filosofo Adler potrebbe aver considerato l'influenza spagnola come un'espressione dell'angoscia generale dell'umanità, una parte relativamente piccola ma interconnessa dell'angoscia generale di cui scrisse nel 1918 [7]:

*«Tutte le legislazioni sociali del passato, gli insegnamenti di Cristo e le tavole di Mosè sono sempre caduti nelle mani di classi sociali o gruppi assetati di potere. Hanno abusato dei sacri concetti ricorrendo ai raffinati trucchi della falsificazione per incanalare le manifestazioni sempre emergenti e creative dell'interesse sociale nel percorso delle tendenze del potere... Quando la violenza deve essere agita lo si fa spesso appellandosi alla giustizia, al costume, alla libertà, al benessere degli oppressi, e in nome della cultura... L'interesse sociale si trasforma da fine a mezzo e viene spinto al servizio del nazionalismo e dell'imperialismo» (7, pp. 515-516).*

In questo scritto Adler non si focalizza su una singola questione o su una serie di aspetti critici e non resta neppure in posizione tangenziale rispetto alle cause del disagio globale, ma va dritto al cuore del problema. Egli considerava i difetti della società umana non come questioni endemiche, occasionali o croniche, alle quali ci si può adattare, e non come epidemie locali che si possono evitare, ma come pandemie che necessitano di una "profilassi individuale e sociale" e un "piano di trattamento globale.”

#### *V. Mea culpa, e anche noi siamo responsabili*

Con il COVID-19 che pone rischi di diffusioni incontrollate, di continui peggioramenti delle condizioni economiche, di una crescita delle tensioni sociali e di stress prolungati che mettono a rischio la salute mentale degli abitanti di questo pianeta ferito, si può sperare di trovare, negli scritti di Adler, indicazioni utili per affrontare le difficoltà? Sarebbe interessante trovare riferimenti diretti all'esperienza della pandemia, ma non li abbiamo. O forse ne ha parlato, magari con modalità che richiedono un'attenta decodifica?

Qualsiasi pandemia pone problemi sistemici, che tutti gli studiosi del tema desumono dai resoconti delle esperienze passate. Certamente le nostre conoscenze si sono evolute ma, di fatto, abbiamo poco potere nel controllo delle pandemie che iniziano con logiche sistemiche, evolvono e si sviluppano nelle società come processi generalizzati e producono conseguenze globali. Per logica, si può affermare che il rimedio a questa malattia che interessa l'intero mondo, come pure i tentativi per una sua prevenzione, devono essere cercati in ottica sistemica, olistica.

Oldstone [24] che ha studiato le pandemie dei diversi periodi della storia umana, così conclude:

*«Alla fine, lo splendore della storia umana consiste... nel riuscire a migliorare le condizioni di vita degli uomini. Sconfiggere le malattie che danneggiano la nostra salute è la cifra del successo della civiltà, e coloro che lavorano a questi obiettivi sono i coraggiosi che ci traghettano verso un nuovo mondo.»* (24, p. 342).

Adler [2] si interessò delle condizioni di vita degli uomini decenni prima dell'influenza spagnola. Analizzò le misere condizioni della vita professionale dei sarti che lavoravano in ambienti affollati, con scarsa ventilazione, piegati per tante ore di lavoro che portavano a *«malattie diffuse, trasformavano i laboratori in ambienti favorevoli allo sviluppo delle epidemie»* e a malattie respiratorie, senza avere *“la luce del sole, con il suo potere disinfettante”*. Egli concluse che le *“misure parziali non potevano avere successo.»* (2, pp. 6-7).

I risultati positivi nella lotta alle epidemie sono possibili. Si raggiungono con la cooperazione, con azioni responsabili e una buona gestione del potere. Nel 1902, in "The Penetration of Social Forces into Medicine" Adler [2] propose di *“unire quei poteri”* come condizione chiave sotto la quale l'umanità potrà *«affrontare il problema della malattia su scala mondiale e lasciarsi alle spalle l'era delle terapie incerte, difficili e spesso infruttuose per aprire una fase in cui le logiche della prevenzione siano seguite con successo, in grado di superare l'orientamento a sole cure marginali per entrare nell'era dell'agire consapevole.»* (2, p. 18).

Infine, Adler [5] sostenne che l'educazione e il modellamento del *«sentimento di comunità che dobbiamo realizzare, ma che non può mai essere raggiunto con l'uso del potere»* (5, p. 133) può aiutare le persone e le società non solo a sopravvivere, ma anche a superare con successo le difficoltà che si incontrano. È questa la responsabilità che tutti, indistintamente, ci dobbiamo assumere.

Nel lavoro sull'evoluzione, Sicher [31] ha parlato delle capacità degli uomini di sopravvivere e di assumere le responsabilità: *«Potremmo dire che con lo sviluppo della corteccia cerebrale, la natura ha consegnato a ogni uomo la responsabilità del destino dell'umanità. Qualsiasi cosa accada, l'umanità non può restare passiva, come fu per i dinosauri; sono necessarie azioni che scelgono la sopravvivenza e non l'estinzione. Non si può incolpare la natura degli stravaganti errori dei comportamenti dell'uomo dato che gli ha fornito gli strumenti per operare.»* (31, p. 86).

Molto tempo fa, nel 1944, un anno di guerra, mentre l'umanità affrontava un'altra ondata di tifo, febbre gialla e altre epidemie, Sicher [31] ha continuato a esprimersi con eloquente fiducia: *«È richiesto a tutti molto coraggio per riparare ai danni fatti, ma un coraggio superiore deve essere espresso per costruire qualcosa di nuovo dalle macerie del vecchio. Un coraggio ancora più grande deve portare a costruire la pace nel mondo in cui tutti prendano la propria parte di responsabilità per tutti gli orrori commessi e recitare con profonda convinzione: Mea culpa, Mea culpa.»* (31, p. 319).

Come accaduto in tutti i precedenti disastri che la storia dell'umanità testimonia, anche il COVID-19 ha profondamente sconvolto il bene più prezioso degli esseri umani: il senso di appartenenza, la possibilità di sentirsi connessi con tutte le parti del mondo, di vivere con libertà i relativi sentimenti per fare l'esperienza di sentirsi parte di questo universo. Le guerre, i conflitti sociali, i disastri economici, le carestie sono sempre traumi che minano questa aspirazione all'unità.

Gli innati sforzi che gli esseri umani fanno per sentirsi uniti hanno sempre salvato l'umanità da una maggiore disintegrazione, da guerre più disastrose e da fatali collassi interpersonali. Anche Rudolph Dreikurs, [14] riflettendo sugli incredibili disastri del XX secolo prodotti dalla seconda guerra mondiale, con le sue «*sfidanti e disastrose circostanze*», scrisse di uno «*stato di quasi euforia*» per «*l'inaspettata vicinanza tra gli uomini*» e «*un'omogeneità sociale che abbatteva tutti i muri*» (14, pp. 181-182).

Ora, nel mezzo di questa terribile tempesta COVID-19, che porta una minaccia esistenziale tra le più significative che la storia ricordi, gli esseri umani hanno bisogno di sentirsi uniti come già i nostri antenati hanno fatto per millenni. Non possiamo ricreare le modalità di vicinanza che ci erano consuete. Infatti la natura del virus rende pericolosa la vicinanza fisica, mette a rischio la vita e ha invalidato le modalità di interagire collettivamente. È quindi necessario pensare di costruire nuove forme di appartenenza e nuove strategie per raggiungere il sentimento di unità. Nonostante tutti gli ostacoli sarà indispensabile il coraggio e la creatività. Il mea culpa è solo il primo passo.

#### **Nota dell'autrice**

In questo articolo, le citazioni tratte dalle lettere di Timofei Epstein e Alina Furtmüller, così come quella tratta dal diario di Nelly Adler, provengono dall'archivio della famiglia Adler (1929-1949). Sono riportate per gentile concessione di Margot Adler.

## Bibliografia

1. ADLER, A. (1998), *Gesundheitsbuch für das Schneidergewerbe, Wegweiser der Gewerbehygiene*, tr. it. *Manuale per l'igiene dei sarti*, Dialoghi adleriani, rivista on line, 2016, <http://www.scuolaadleriana.it.php/rivista>.
2. ADLER, A. (1902), *Das Eindringen sozialer Triebkräfte in die Medizin*, tr. ingl. *The penetration of social forces into medicine*, *Collected clinical works of Alfred Adler edited by Henry Stein*, 2° vol., Classical Adlerian Translation Project, Washington DC 2002.
3. ADLER, A. (1910), *Über den Selbstmord insbesondere den Schüler-Selbstmord*, in ADLER, A., FREUD, S., FRIEDJUNG, J. K., MOLITOR, K. [FURTMÜLLER, C.], REITLER, R., SADGER, J., STEKEL, W., UNUS MULTORUM [OPPENHEIM, D. E.] (1910), *Über den Selbstmord insbesondere den Schüler-Selbstmord*, Diskussionen des Wiener psychoanalytischen Vereins herausgegeben von der Vereins Leitung, tr. ingl. *Discussions of the Vienna psychoanalytic Society 1910 on suicide with particular reference to suicide among young students*, International Universities Press, New York 1967.
4. ADLER, A. (1912), *Über nervösen Charakter, Grundzüge einer vergleichenden Individualpsychologie und Psychotherapie*, tr., it. *Il carattere dei nevrotici*. Compendio di Psicologia Individuale e psicoterapia, Newton Compton, Roma 2008.
5. ADLER, A. (1918), *Bolschewismus und Seelenkunde*, tr. it. *Bolscevismo e psicologia*, *Riv. Psicol. Indiv.*, 47: 7-14.
6. ADLER, A. (1919), *Die andere Seite: eine massenpsychologische Studie über die Schuld des Volkes*, tr. engl. *The other side: a mass-psychological study of a nation's guilt*, In *Collected clinical works of Alfred Adler edited by Henry Stein*, 4° vol., Classical Adlerian Translation Project, Washington DC 2002.
7. ANSBACHER, H. L., ANSBACHER, R. (1956), *The Individual Psychology of Alfred Adler: a systematic presentation in selections from his writings*, tr. it. *La Psicologia Individuale di Alfred Adler. Il pensiero di Alfred Adler attraverso una selezione dei suoi scritti*, Martinelli, Firenze, 1997.
8. ARNOLD, C. (2018), *Pandemic 1918: Eyewitness accounts from the greatest medical holocaust in modern history*, St. Martin Griffin, NY.
9. ARNOLD, M., ROMEI, V. (June 3, 2020), *Unemployment rises in Europe as coronavirus ends labor market recovery*, *Financial Times*.  
<https://www.ft.com/content/b26beabf-fd2f-4712-8f0a-633df335672b>.
10. BOTTOME, P. (1939), *Alfred Adler: A Biography*, Putnam, NY.
11. CLAY, R. A. (2020, June 1), *COVID-19 and suicide*, *APA Special Report*, 51(4).  
<https://www.apa.org/monitor/2020/06/covid-suicide>.
12. CROSBY, A. W. (2003), *America's forgotten pandemic: The influenza of 1918* (2<sup>nd</sup> ed.), Oxford University Press, NY.
13. DOLAN, E. W. (2020, July 2), *Suicide rate projected to increase as unemployment jumps from coronavirus outbreak*, *Psy. Post*. <https://www.psypost.org/2020/07/suicide-rate-projected-to-increase-as-unemployment-jumps-from-coronavirus-outbreak-57210>.

14. DREIKURS, R. (1971), *Social equality: The challenge of today*, Adler School of Professional Psychology.
15. ELLENBEGER, H. (1970), *The Discovery of the Unconscious: The history and evolution of dynamic psychiatry*, tr. it. *La scoperta dell'inconscio*, Boringhieri, Torino 1972.
16. FREUD, E. L. (1960), *Letters of Sigmund Freud*, Dover, NY.
17. GREEN, J. (2020, March 22), COVID-19 Is Becoming the Disease That Divides Us: By Race, Class and Age, *Bloomberg*. <https://www.bloomberg.com/news/articles/2020-03-21/covid-19-divides-u-s-society-by-race-class-and-age>.
18. GRUBER, H. (1991), *Red Vienna: Experiment in working-class culture, 1919–1934*, Oxford University Press, NY.
19. GUITERREZ-ROMERO, R. (2020), *Conflict in Africa during COVID-19: Social distancing, food vulnerability and welfare response* (Working paper), Centre for Globalization Research, School of Business and Management, Queen Mary University of London, <https://arxiv.org/ftp/arxiv/papers/2006/2006.10696.pdf>.
20. HOFFMAN, E. (1994), *The drive for self: Alfred Adler and the founding of Individual Psychology*, Addison-Wesley, Boston.
21. KENT, S. K. (2013), *The influenza pandemic of 1918–1919: A brief history with documents*, St. Martin's, NY.
22. LENZEN, M., LI, M., MALIK, A., POMPONI, F., SUN, Y.-Y., WIEDMANN, T., FATURAY, F., FRY, J., GALLEGO, B. GESCHKE, A., GOMEZ-PPAREDES, J., KANEMOTO, K., KENWAY, S., NANSAI, K., PROKOPENKO, M., WAKIYAMA, T., WANG, Y., YOUSEFZADEH, M. (2020), Global socio-economic losses and environmental gains from the coronavirus pandemic, *PLOS, One*, 15(7): 1–13, <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0235654>.
23. MUAN, J. (2020), *Pandemic history: The worst pandemics that changed history*, Independently Published.
24. NUPUS, H. (2020), *Singapore: Unemployment highest level in decade*, Anadolu Agency, <https://www.aa.com.tr/en/asia-pacific/singapore-unemployment-highest-level-in-decade/1877741>.
25. OLDSTONE, M. B. A. (2010), *Viruses, plagues, and history. Past, present, and future*, Oxford University Press, NY.
26. ORGLER, H. (1963), *Alfred Adler: The man and his work. Triumph over the Inferiority Complex*, New American Library, NY.
27. PORTER, K. A. (1936), *Pale horse, pale rider*, Harcourt Brace, San Diego.
28. QASIM, S. (2020), How racism spread around the world alongside COVID-19, *World Economic Forum*, <https://www.weforum.org/agenda/2020/06/just-like-covid-19-racism-is-spreading-around-the-world/>
29. REED, J. (1977), *Ten days that shook the world*, tr. it. *Dieci giorni che sconvolsero il mondo*, Mondadori, Milano 2017.
30. ROY, K., RAY, S. (2018), War and epidemics: A chronicle of infectious diseases, *Journal of Marine Medical Society*, 20, 50-54.
31. SICHER, L. (1953), Is the human race a mistake of nature? In DAVIDSON, A. K. (1991) *The collected works of Lydia Sicher: An Adlerian perspective*, QED Press, pp. 84-88.

32. SICHER, L. (1944), War neuroses, in DAVIDSON, A. K., *The collected works of Lydia Sicher: An Adlerian perspective*, QED Press, pp. 304-319.
33. SIMONYAN, R. Z. (2019), Epidemiological status of the population of district of Kursk province under the rule of the Bolsheviks (1918–1919), *Sci. Eur.*, 35: 39-41.
34. SOMMA, A., GIALDI, G., KRUGER, R. F., MARKON, K. E., FRAU, C., LOVALLO, S. & FOSSATI, A. (2020), Dysfunctional personality features, non-scientifically supported causal beliefs, and emotional problems during the first month of the COVID-19 pandemic in Italy, *Personality & Individual Differences*, 165. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2020.110139>.
35. TOMES, M. (2010), “Destroyer and teacher”: Managing the masses during the 1918–1920 influenza pandemic, *Public Health Rep.*, 3: 48–125.
36. U.S. Bureau of Labor Statistics (2020), Labor Force statistics from the current population survey. <https://www.bls.gov/cps/>.
37. YU, D., LIN, Q., CHIU, APY, HE, D. (2017), Effects of reactive social distancing on the 1918 influenza pandemic, *PLOS One*, 12(7), e0180545, <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0180545>.

**Marina Bluvshstein** è Direttore del Centro dei Tirocini e Borse di Studio all'Università Adler di Chicago, docente di Teoria Adleriana a Chicago, Vancouver e online. È membro di Facoltà alla Scuola Estiva Internazionale (ICASSI), Vicepresidente dell'Associazione Internazionale di Psicologia Individuale (IAIP) e diplomata NASAP. È Psicologa e Terapeuta matrimoniale e familiare a Minneapolis dove ha fondato l'Accademia Adler. Insegna workshop adleriani e presenta, a livello nazionale o internazionale, argomenti di storia della Psicologia Individuale, genitorialità adleriana, metafore e primi ricordi.

Marina Bluvshstein  
E-mail: [marina.adleracademy@gmail.com](mailto:marina.adleracademy@gmail.com)

## **Pandemia, Disturbo da ansia di malattia e Coraggio di vivere. Riflessioni individualpsicologiche, teoriche e cliniche sull'ansia e sul coraggio di affrontamento del futuro**

UMBERTO PONZIANI

*Summary* – PANDEMIC, ILLNESS ANXIETY DISORDER AND COURAGE TO LIVE. INDIVIDUALPSYCHOLOGICAL, THEORETICAL AND CLINICAL REFLECTIONS ON ANXIETY AND THE COURAGE TO FACE THE FUTURE. This work aims to be a reflection on the illness anxiety disorder considered in the interpretation for unconscious purposes, specific to individualpsychology. It takes its cue and intends to place itself also in the temporal framework of the current Covid-19 pandemic. We will consider the most emerging clinical situations, as well as the forms of alarm that constantly accompany the lives of many. In order to adequately place reflections, we will consider the sense of the future in individualpsychological terms and we will suggest dynamisms for purposes which underlie often these strong and frequent anxieties. Finally, we will also evaluate the process of co-building courage. This process, in terms of intersubjectivity, goes through all our psychotherapeutic work and represents its ultimate purpose.

*Keywords:* DISTURBO DA ANSIA DI MALATTIA, PANDEMIA, CORAGGIO

### *I. Come sarà domani!*

Queste riflessioni, che si situano in un periodo storico particolare quale è quello della pandemia da Covid-19, prendono spunto sia da osservazioni recenti e apparentemente emerse con il diffondersi dei contagi, sia da osservazioni anche datate e comunque sempre presenti negli anni fra le persone seguite nella pratica professionale.

Hanno trovato stimolo anche nella revisione operata dai curatori del DSM-5 su alcune forme di allarme del vivere umano, quelle relative alle ansie di tipo ipocondriaco. La pandemia, che ha prodotto e catalizzato molti dolori e ansie, tanti lutti e tante criticità psicopatologiche, ha proposto, nella personale osservazione, anche l'emergere di alcune forme d'ansia simili.

Alfred Adler, cento anni, fa ha vissuto un periodo simile all'attuale per la pandemia chiamata "spagnola", ma per quanto ci è dato sapere, non ne ha parlato precisamente e

diffusamente [5]. Era in corso e stava finendo la Prima Guerra Mondiale che lui stesso aveva vissuto in prima persona come psichiatra negli ospedali militari, appena dietro al fronte. Aveva riportato proprio da quella esperienza, fra l'altro, la complessa tematica del "coraggio", poi diventata centrale nello sviluppo della sua Individualpsicologia. Guerra e pandemia, un periodo disastroso per l'umanità, quasi il massimo possibile! Intanto la guerra, per la prima volta coinvolgente gran parte delle nazioni mondiali, era stata devastante per l'intensità, i fronti aperti, le modalità e il numero di morti. Sembra opportuno segnalare anche la Rivoluzione sovietica nell'ottobre del 1917 che destò ampia risonanza e fermento in tutto il mondo.

La pandemia "spagnola", capace di diffondersi in tutti i continenti e raggiungere gli angoli più remoti, aveva prodotto dai 50 ai 100 milioni di morti. La cifra finale è raccolta nel predetto range per l'impossibilità di un conteggio preciso, ma anche in questi termini dà ben conto della tragedia occorsa.

In realtà, come viene sottolineato da diversi storici [20], l'impatto che le pandemie hanno avuto sulla storia dell'umanità è stato ben poco considerato. In qualche modo risulta essere sorprendente anche per molti storici che delle epidemie e delle pandemie si ricordi poco, come se bisognasse dimenticarle in fretta e lasciarle alle spalle. Per la verità, nei tempi, questi eventi disastrosi hanno sicuramente inciso drammaticamente e profondamente sia in termini generali per l'intera umanità, sia per i riflessi politici e storici coinvolti e conseguenti.

Appare interessante, in questo senso, un sintetico esempio ben approfondito dagli studiosi citati in precedenza e che riguarda la conquista e disfatta degli Aztechi da parte della Spagna e di Cortés. Quest'ultimo arrivò in Messico con meno di seicento uomini, armati con un'artiglieria primitiva, e riuscì a far cadere l'impero azteco con milioni di sudditi.

Sono state avanzate nel tempo molte spiegazioni non esaustive: il possesso da parte degli Spagnoli di armi da sparo che li fecero vedere come delle divinità, la grande capacità strategica e militare di Cortés, e altro ancora. Da qualche tempo, alcuni storici propongono un'altra ipotesi che forse è più risolutiva e che riporta come l'arrivo degli Spagnoli portò nuove malattie di origine sia batterica che virale, in particolare il vaiolo, che infuriarono drammaticamente subito come epidemie terribili fra la popolazione azteca lasciando, al contempo, quasi salvaguardati gli Spagnoli, già più immunizzati, e che così ancor più poterono contare sulla loro presunta sovranaturalità.

Siamo quindi in balia degli eventi, totalmente indifesi e fragili, come neonati, soli in un mondo pericoloso? Certamente questa pandemia ha risvegliato le fatiche e le angosce del vivere e ci ha posto di fronte alle nostre fragilità, un po' più tutti uguali, connessi paradossalmente a tutta l'umanità, perché la stessa malattia insidia tutte le persone e le può portare alla morte.

Sappiamo bene che sono gli anziani quelli che rischiano di più, a differenza della pandemia da "spagnola" dove erano i giovani a morire più frequentemente. Rimane comunque la pericolosità per tutti, sia personale che per i congiunti più fragili. Insomma, il domani come sarà?

## II. *La fatica di vivere, le ansie e le ipocondrie al tempo della pandemia*

La spinta dinamica verso il futuro che percorre e intride tutta la teoria individualpsicologica propone limpidamente la consapevolezza umana che affrontare il vivere è faticoso e difficile, pieno di incognite e con pochi strumenti validi.

Potremmo affermare che si vive, sempre, avvolti dal caos. Sin dalla nascita, per molti versi ancor prima, tutti fanno l'esperienza di mondi sconosciuti, di altri esseri estranei, di inadeguate conoscenze.

Cosa accadrà, come sarà domani, cos'è il futuro, quanto tempo ci rimane, cos'è questa vita, chi sono io e chi sono gli altri. Queste e tante altre domande avvolgono il nostro corpo e la nostra mente continuamente, per tutta la nostra esistenza.

Questo da sempre, dalla notte dei tempi, per tutti. Possiamo solo immaginare come sarà stato difficile vivere in epoche precedenti dove regnava il bisogno di sfamarsi, di difendersi e di garantirsi almeno un'esistenza precaria.

Calamità naturali, imprevedibili e incontrollabili, accadevano mettendo continuamente a rischio l'esistenza stessa.

Ci sono stati tempi, non lontani, in cui infuriavano le guerre e il futuro appariva impossibile, sospeso nella tragicità delle vittime civili e militari, delle carneficine e delle distruzioni.

Oggi, ci sentiamo più attrezzati, ma viviamo in contesti culturali eterogenei, liquidi, comunque rigidi e confusi, che rendono la navigazione sempre più complessa e difficoltosa. Si pensi ai grandi cambiamenti epocali dell'incontro diffuso con altre culture, proficuo, ma vissuto come pericoloso, alla globalizzazione economica e alla perdita di sicurezze dei ruoli, di molti diritti acquisiti dalle generazioni precedenti.

È la fatica del vivere, la strada in salita che spesso ci fa sentire inadeguati e soli ad affrontare la rischiosità della vita.

È un quadro fosco e scoraggiante, a cui però manca una presenza fondamentale, capace di riaprire la speranza: gli altri, come noi, protesi nel loro sforzo individuale, ma connessi, tutti insieme.

Alfred Adler ci sottolinea che, subito, alla nascita, non conosciamo gli altri che ci attorniano e ancor meno le generazioni precedenti che in gran parte non sono più presenti, ma che hanno operato per spingere avanti lo sviluppo umano nel suo insieme. Piano piano, costruiremo relazioni con le persone significative della nostra vita con

le quali faremo esperienza fondamentale di condivisione o separazione, di affetti o distanza, di esagerata o equilibrata centralità, di dipendenza o invito all'autonomia. Comunque vada, saremo sempre in molteplici relazioni e ci prepareremo alla vita con un sentimento sociale valido o inefficace, caldo o distaccato. Metteremo le basi per stare nel mondo con tutta la forza delle nostre caratteristiche soggettive, in parte biologiche e in parte ambientali o legate alla nostra creatività personale. Insieme agli altri, sempre, in reti relazionali di cui tutti siamo nodi fondamentali e irripetibili.

Arriviamo in un mondo in buona parte costruito, sviluppato da altri che ci hanno preceduto e che hanno portato avanti tante risposte e tante evoluzioni. A noi il compito di proseguire in queste direzioni di sviluppo di conoscenze, di cultura, di istituzioni, di soluzione dei piccoli e grandi problemi dell'umanità.

### III. *Futuro prossimo sconosciuto e Individualpsicologia*

Come ogni grave imprevisto, la pandemia provocata dal nuovo Coronavirus ha inciso sulle persone drammatizzando in vario modo l'incertezza personale. Il futuro di ognuno torna e ritorna più variegato e incerto, difficile da leggere e preparare.

L'Individualpsicologia pone l'accento in modo intenso e concettualmente coerente sul modo soggettivo di stare di fronte ad ogni situazione sulla base del proprio stile personale, conscio ed inconscio. Soggettività, finalità personali e unitarietà del funzionamento psichico modulano la reazione e le risposte all'incertezza dei tempi. Sono così in evidenza i personali equilibri che il soggettivo stare nel mondo produce fra spinte individualistiche e sensibilità affettive e sociali. Reazioni prevedibili e imprevedibili si mostrano nei propri sentimenti e comportamenti.

In questo tempo, si è assistito a variegate peripezie del disagio e della sicurezza con scambi clinici inattesi: persone insicure che hanno trovato sicurezze, altri sicuri nei propri perfezionismi che hanno visto tremare il proprio itinerario.

Questo in un tempo che ha reso limpida la connessione dello stato personale con quello sociale e politico favorendo, anche nel campo clinico, letture non solo centrate sulla singola storia personale o sulla sua neurochimica, ma più allargate a cogliere il contesto e la cultura di riferimento. Il disagio psichico non è solo un fatto individuale, ma è contagiato dall'intero assetto della società e lo contagia.

Sono forzatamente evoluti i setting psicoterapeutici con la definitiva acquisizione di nuove tecnologie informatiche, positivamente piegate a strumenti utili, magari parziali, ma anche sufficientemente efficaci sia sul piano interpretativo che transferale. La complessa semplicità dell'Individualpsicologia permette una grande varietà di setting e ne delinea le componenti basilari [30].

Fra i concetti strutturali ancora del tutto innovativi della Psicologia Individuale adleriana, la spinta dinamica verso il futuro appare centrale e fondante.

Attualmente tutte le teorie psicologiche parlano del tempo in modo completo e articolato e anche l'idea di futuro è accolta e considerata.

Per l'Individualpsicologia adleriana, il futuro è qualcosa di più in quanto non rappresenta solo uno dei tempi grammaticali possibili, bensì contiene il concetto di finalismo dei comportamenti umani, la mèta dei pensieri e dei progetti, delle speranze e delle salvaguardie, degli evitamenti e dell'affrontare. Rappresenta lo scopo della dinamica verso cui tendiamo dalla nascita alla morte. È l'oltre del presente e del passato, che incorpora e svolge nella creatività personale.

Così tutta la psicologia adleriana risulta incernierata al concetto di dinamismo verso il futuro. Il neonato, che si trova immerso in questo suo nuovo mondo sconosciuto, avverte la propria fragilità e inizia una lunga avventura di comprensione e di studio ambientale per raggiungere una posizione migliorativa, sapendo confusamente di doversi preparare a tempi di sviluppo e di collaudo futuri.

Gli stessi adolescenti sentono che dovranno trovarsi una identità più autonoma e completa per affrontare l'età adulta con la pienezza richiesta.

E ancora, i giovani, gli adulti, gli anziani proseguono il loro itinerario preparando il futuro, tutti tesi ad affrontare i propri compiti vitali, continuando ad evolvere verso la pienezza o il limite finale.

La volontà di potenza è un'istanza rivolta in avanti, al superamento, per diventare, per costruire migliori capacità individuali, per affrontare.

Il sentimento sociale spinge a evolvere le relazioni verso migliori comprensioni, empatie e condivisioni per stare meglio con gli altri e per gli altri, ora e nel futuro.

Le stesse finzioni sono orientate nel tempo in vari modi, passati, presenti e futuri; allo scopo di orientarsi al meglio nella vita e piegare la realtà ad un migliore adattamento, a migliori evitamenti o collaudi.

La compensazione contiene in sé, come concetto, il superamento, l'andare oltre per migliorarsi ed è intuitivamente orientata nel futuro, verso evoluzioni migliorative.

Supercompensare, tendere esasperatamente verso il perfezionismo e la superiorità, individuano una freccia nel tempo rivolta al domani, ad un tempo in cui questo dovrà avvenire e liberare finalmente dalle drammatiche convinzioni di inadeguatezza e di inferiorità.

Il futuro è quindi il tempo centrale della psicologia adleriana dei comportamenti umani. Il presente e il passato sono i tempi della partenza, della scelta, del viaggio, quindi importanti e innegabili, preparatori di una destinazione futura che è successiva.

#### IV. *Pandemia come catalizzatore delle ansie*

Improvvisamente, senza preavvisi decisi, si è compreso alla fine di Febbraio 2020 di essere al centro della pandemia da Covid-19. I media nazionali, dopo molte incertezze anche da parte degli esperti virologi, hanno iniziato a segnalare la situazione sanitaria di emergenza e subito dopo il Governo, sentiti i pareri degli scienziati, ha deciso un duro lockdown nazionale. Chiuse le scuole, spostamenti solo per emergenze, chiuse le attività produttive salvo qualche eccezione, tutti chiusi in casa. Nel giro di pochi giorni, tutta la Nazione si è ritrovata bloccata negli spostamenti e nelle abitudini comuni.

Nel frattempo sono iniziate le drammatiche e angoscienti comunicazioni del numero dei contagi e dei morti. I media nazionali, tv, radio e giornali, ricordavano le misure di controllo del contagio: lavaggio frequente delle mani, distanziamento e l'uso della mascherina. Per diverse settimane non è stata chiara la modalità del contagio, solo per via aerea o anche per contatto sulle superfici e la misura del distanziamento. Non si trovavano le mascherine, non più prodotte sul territorio nazionale.

Poi, che mascherine usare, quando e quanto indossarle? Insomma in poco tempo si è precipitati nella paura, nell'incertezza, con un futuro sospeso, confuso e incerto. Molte persone hanno perso il lavoro e le loro sicurezze economiche, per molte altre le già gravi difficoltà si sono amplificate, altre ancora, che hanno continuato a lavorare, si sono trovate a dover gestire i figli con le scuole chiuse. E, soprattutto, i morti, il dolore dei familiari e le paure per tutti.

Lentamente, nei mesi, la situazione si è mostrata nella sua drammaticità, simile ormai in tutto il mondo, fra periodi di speranza e continui richiami ai contagi possibili e senza fine. Nel frattempo è stato chiaro a tutti che si stavano ripetendo in diversi modi le epidemie medievali e rinascimentali e soprattutto la pandemia "spagnola" che un secolo prima aveva prodotto tanti milioni di morti. Numeri terribili e incredibili per una situazione quasi dimenticata e persa nei drammi delle Guerre mondiali.

Agli improvvisi traumi del lockdown iniziale sono così seguiti periodi altalenanti di ripresa e pessimismo. Quasi un anno dopo è iniziata e prosegue la campagna vaccinale e anche per questo si alternano speranze più o meno realistiche. Difficile ed estenuante è tutt'ora la situazione in senso generale, con numerose varianti vissute da categorie diverse come i bambini, gli studenti, il personale sanitario, i pensionati, i dipendenti privati o pubblici, gli artigiani e altro ancora.

"Incertezza" è il termine che definisce meglio l'insieme di emozioni connesse a tutti questi accadimenti: timori e ansie per il futuro, delusione per progetti interrotti, scoraggiamento e vera paura per la propria salute e per quella dei propri cari, preoccupazione per le situazioni economiche, sospensione degli studi e di alcune professioni, e, spesso, solitudine.

Molte persone sottolineano il proprio disorientamento verso una vita del tutto nuova, chiusi in casa senza la presenza degli amici o colleghi, con regole sconosciute e la costrizione in piccoli gruppi familiari. Altre sono rimaste interrotte in affetti lontani o nascenti, impossibilitati a riunirsi o a continuare le frequentazioni. Molti lavori e progetti si sono chiusi in attesa di riprese complesse e improbabili.

Su tutto, l'incertezza per il futuro ha riproposto pienamente, seppur in termini più consapevoli, l'indeterminazione di tempi e situazioni sconosciute, magari temute, tipiche dell'infanzia o dei passaggi rilevanti della vita. Timori e speranze, alternanze che si ripropongono esponendo ad ognuno la propria fragilità e una vulnerabilità dimenticata e, in molti casi, aumentando quelle già presenti e ancora da elaborare nei propri tempi di vita.

È vero, e va sottolineato, che molte altre persone hanno trovato in queste situazioni la temporanea soluzione a proprie preesistenti insicurezze. Sono quelle che avevano intensi bisogni di ritiro sociale e relazionale e che hanno potuto e dovuto starsene chiuse in casa, da soli o con pochi familiari. Anche alcune altre, con marcati bisogni ossessivi di pulizia e distanziamento relazionale, si sono trovate confermate e del tutto adeguate ad una realtà che per i più è stata straordinariamente artificiosa e bloccante.

Queste due ultime categorie di persone sono state proprio bene durante l'emergenza, sono, per semplificare, guarite. Questa situazione sembra sottolineare, ancora una volta, come il contesto socio-culturale possa incidere sui disagi psicologici, in linea con le intuizioni adleriane sulla cultura patogenetica. Così si sono viste persone ben inserite in relazione, progettuali e impegnate professionalmente mostrare disagi per l'incertezza del futuro e per l'isolamento sociale. Altre, più ai margini e bloccate relazionalmente e professionalmente, magari con disagi ossessivi, hanno vissuto ben adeguate alle richieste di non uscire e di curare sia il distanziamento che l'accurata pulizia.

Queste notazioni vogliono solo mettere in evidenza la rilevanza dei sistemi socio-culturali nella costruzione del disagio psicologico, che è bene ricordare, è stata rivelata anticipatoriamente proprio da Adler, in particolare a proposito della cultura patriarcale e maschilista dei suoi tempi [4]. Egli rimarcava come la situazione culturale e anche politica imponeva al mondo femminile di accettarsi nella propria inferiorità, con i conseguenti disagi profondi, e al mondo maschile di accogliere una sfrenata competizione che tante vittime ha lasciato sul campo.

Non solo la storia individuale e i percorsi intrapsichici personali sono fondanti dei disagi, ma può esserlo, quindi, anche la temperie socio-culturale con le relative problematiche eziopatogenetiche rilevanti e da non sottovalutare.

La pandemia da Covid-19 rappresenta un esempio diretto di queste convinzioni in quanto ha agito su tutti e in ogni parte del mondo in termini sinteticamente simili. Ha posto tutti nelle stesse situazioni di blocco e di incertezza, mettendo in risalto contemporaneamente gli assetti soggettivi dello stare nella vita.

È opportuno richiamare qui come le situazioni di paura e di fragilità, di imperscrutabilità del proprio futuro abbiano agito in termini simili e diversi contestualmente. In termini simili nel senso che tutti hanno fatto le stesse esperienze di vita, in termini diversi poiché ognuno ha risposto in modo soggettivo sulla base del proprio stile di vita, conscio e inconscio.

Può sembrare banale sottolineare in questo contesto la necessità di riferirsi al soggettivo, personale, individuale. Ormai nella psicologia attuale il concetto di soggettività è acquisito da tutti gli approcci psicologici, ma non appare inutile ricordarne la matrice anche individualpsicologica che ha proposto, fra le prime, questa evidenza.

Nel riflettere sul contesto pandemico attuale e sui relativi disagi, appare del tutto necessario operare chiare distinzioni fra gli elementi patogenetici della situazione comune a tutti, ma anche, e con precisione, alle strutture individuali preesistenti.

La pandemia ha imperversato su tutti ed in ognuno ha messo in risalto reazioni particolari proponendosi come fenomeno attivatore o inibitore di caratteristiche individuali.

Appare riduttivo, per esempio, parlare di angoscia o di senso di costrizione per tutti, se non per riferirci genericamente a tratti presenti nella popolazione e per valutare in termini sintetici quello che è successo un po' ad ognuno.

Una corretta e più complessa modalità psicologica ci impone di entrare nel mondo individuale, nella soggettività e approfondire le strutture caratteriali di ognuno e quindi le reazioni particolari e caratterizzanti. Una metafora efficace sembra essere lo zoom di una videocamera con il quale, e continuamente, riusciamo ad inquadrare sia tutta la scena sia le reazioni individuali. Il continuo e preciso zoomare ci offre una visione di insieme e soggettiva allo stesso tempo, in una complessità a cui siamo aperti e abituati.

Riflettere su quanto sta accadendo e su cosa rimarrà di questa situazione nella psicologia delle persone non può prescindere da queste convinzioni di base.

Le paure, le angosce, le fobie sono attivate dal piano di vita personale, risentono delle scelte del proprio stare nel mondo che sono antecedenti al problematico periodo pandemico. Questo certamente le attiva o le inibisce o le amplifica sulla base del proprio stile di vita e del periodo evolutivo che si sta vivendo.

Ancora non è dato sapere con accuratezza i disagi psicologici conseguenti e correlati a questa pandemia. I dati parziali segnalano intensi aumenti di situazioni depressive, di atti suicidari, recrudescenza di difficoltà di coppia, aggressività intra-familiari e anche femminicidi, aumenti di dipendenze da sostanze, angoscia e attacchi di panico. Certi sono invece i dolori per le perdite di familiari e di cari, senza assistenze e calore nei momenti finali della vita. Quali elaborazioni del lutto saranno possibili, quali dolori permarranno in queste perdite senza presenza, senza accompagnamento e riti funebri adeguati.

La situazione risulta ancora fluida e poco conosciuta, non è possibile capire con adeguata precisione cosa davvero è avvenuto nella popolazione e quali saranno le conseguenze future, negli anni a venire.

Si ipotizza la possibilità che la pandemia, con le sue conseguenze di controllo, abbia fatto emergere difficoltà già presenti nelle persone ed abbia solo innescato le disfunzionalità e le fragilità già in essere, anche se non espresse. Queste considerazioni non intendono sottovalutare le problematiche e i dolori patiti, passati, presenti e futuri, che comunque interrogano e richiedono complice empatia e sostegno.

Si è osservato, come fenomeno spontaneo e autentico, una forte considerazione del disagio psicologico e un intenso aumento della richiesta di aiuto psicoterapeutico.

Al margine di queste riflessioni, un'attenzione particolare merita anche il fenomeno del negazionismo della pandemia da Covid-19. Come per altre forme di negazione di fenomeni reali, accaduti nel passato o evidenti nel presente, appare doveroso provare a capirne la struttura e gli scopi possibili. Certamente possiamo fare riferimento ai processi difensivi psicoanalitici della "negazione", vale a dire a vari comportamenti tesi a negare evidenze troppo frustranti o inaccettabili per la struttura attuale di un individuo.

Osservando il fenomeno in termini sovra-individuali, è possibile considerare inoltre che si tratta di comportamenti più complessi, comunque a matrice inconscia, legati anche a processi gruppal e coinvolgenti posizioni ideologiche oppositive e critiche nei confronti di una realtà vissuta come troppo complicata, massificante e inaccettabilmente drammatica.

Certamente tali convinzioni si nutrono di posizioni ideologiche semplificatorie proposte anche da leader politici e da una rete di connessioni *social* molto attiva e influente [12]. La pericolosità di tali posizioni semplificatorie non è nuova nella storia dell'umanità ed è bene considerarla per capirla e contrastarla efficacemente.

#### *V. Ansia e allarmi: disturbo da ansia di malattia (DSM-5, 300.7)*

L'ansia, e i suoi vari gradi, rappresenta una sensazione di allarme ben conosciuta da ogni persona e si attiva per segnalare che c'è o si presenterà un pericolo per la nostra incolumità fisica o psichica.

Nella teoria individualpsicologica, gli allarmi che daranno origine ai vari tipi e gradi di ansia sono altamente soggettivi, per così dire personalmente ingegnerizzati, e legati alla struttura profonda del proprio stare nel mondo. Utilizzando una metafora elettronica, si potrebbe pensare presente nella mente di ognuno un radar specializzato in grado di percepire, a distanza variabile e con acuta intelligenza, eventuali situazioni problematiche con una sensibilità soggettivamente impostata o nel presente o nel futuro.

Volutamente non si intendono considerare in questo contesto gli allarmi e le ansie relative alle comuni e concrete situazioni di pericolo consapevoli e legate alle esigenze vitali di sopravvivenza pura.

Si vogliono prendere in considerazione, piuttosto, alcuni allarmi correlati al proprio, soggettivo, personale stare nel mondo, al proprio sé/stile di vita, e che si manifestano in forme e gradi variegati, in termini più o meno distanti dal sentire comune e anche dalle stesse proprie aspettative. Sentirsi in ansia in ambienti affollati, ad esempio, può essere un vissuto molto negativo, nuovo e inaspettato, comunque ben distante da quello che avvertono tutte le altre persone presenti.

L'angoscia di essere afflitti da mali incurabili, che gli stessi medici escludono, o la forte apprensione per essere entrati in una relazione sentimentale, che sembra positiva sotto tanti aspetti, rappresentano altri sintetici esempi.

Appare evidente, di solito anche alla stessa persona, come la reazione di allarme sia sproporzionata e inadeguata, comunque assai diversa dal sentire medio delle persone conosciute. A volte è il grado di allarme che varia e che differenzia dagli altri, che magari provano lo stesso tipo di ansietà.

Ne è un buon esempio la frequente paura del contagio da Covid-19 e delle sue conseguenze, ben conosciuta in questi tempi. Quasi tutti hanno provato ansia, tanti sono stati profondamente angosciati e, di questi, alcuni hanno provato un vero e proprio terrore ipocondriaco.

In termini di gradazione, è opportuno ricordare anche gli attacchi di panico. Rappresentano il livello più elevato della risposta di allarme e si presentano in varie situazioni con una risposta così terrorizzata da coinvolgere anche risposte somatiche complesse come il battito cardiaco ben avvertito, altre manifestazioni respiratorie e viscerali, con una terrorizzante sensazione di morte imminente.

L'attacco di panico, non considerando adesso le sue dinamiche psicologiche soggettive, da un punto di vista psico-evolutivo sembra mimare e ricordare la reazione difensiva improvvisa alla possibilità di essere predati e uccisi. In tempi evolutivi antecedenti, oltre al terrore di morire, presumibilmente, si manifestavano reazioni di preparazione alla fuga con aumento del battito cardiaco, della pressione sanguigna verso la muscolatura scheletrica, il rilascio immediato di peso con perdita di urina e feci, attraverso meccanismi adrenalinici ben noti. In effetti l'attacco di panico e delle sue angosce anticipatorie rappresenta molto bene l'allarme più elevato che possiamo esperire.

Nelle forme di ansia e di angoscia, anche molto intense, la percezione di allarme di solito si manifesta e permane come forte emozione, terribilmente spiacevole e perturbante, ma limitata ad un sentire emozionale e non coinvolgente risposte massive somatiche.

Nei manuali di psicopatologia esistono lunghi elenchi che riportano i nomi dati alle diverse ansietà, quando queste si caratterizzano per un oggetto o situazione specifica senza variazione di sorta. È il caso delle fobie nelle quali appunto esiste un oggetto fobico che determina forte repulsione fino a limitare l'autonomia della persona stessa.

A lungo sono state studiate e nominate partendo dall'oggetto manifesto della paura. In termini psicodinamici, sappiamo da tempo che il contenuto manifesto dell'ansia fobica copre un contenuto latente, inconscio, che va ricercato insieme alla persona e risiede in dinamismi non consapevoli di protezione da pericoli o collaudi di vario tipo.

In ambito individualpsicologico, l'allarme ansioso, relativo ad una moltitudine di oggetti e di situazioni, va compreso inserito nello stile di vita della persona e quindi dei suoi scopi fondamentali nell'esistenza.

È scontato, ma utile ricordare come gran parte della struttura del sé/stile di vita e degli scopi finali di ogni persona siano inconsci, non presenti alla coscienza vigile e quindi fuori dalla portata di percezione e comprensione della persona. Così risulta frequente che la persona stessa trovi inadeguata la propria reazione, spesso avvertendola come lontana dal proprio modo di sentire e di reagire. Di solito non la capisce e non riesce a darsi ragione dell'allarme che avverte.

A livello consapevole, l'ansia viene percepita a volte diretta verso una situazione o un oggetto reale, in altri casi diffusa e non legata a nulla di concreto. In quest'ultimo caso, viene denominata come "Disturbo d'ansia senza specificazione (DSM-5, 300.00)". Di solito, soprattutto inizialmente, la reazione allarmata è ritenuta coerente con la pericolosità della situazione o dell'oggetto e viene percepita eccessiva solo nel confronto con gli altri del proprio ambiente. Solo lentamente la persona comincia a rendersi conto dell'eccesso della reazione e si convince della particolarità del proprio allarme.

Di fatto l'ansia, nei suoi vari gradi di intensità, intende segnalare un vero e proprio pericolo più o meno imminente, ben connesso, inconsapevolmente, alla situazione soggettiva della persona che la prova.

Non sempre presuppone un bisogno di evitamento di un collaudo, molte volte rappresenta un naturale e giustificato allarme per pericoli oggettivamente possibili, come vere malattie o altro. Di solito perdura per i tempi necessari agli approfondimenti o alle evoluzioni delle problematiche in essere o prevedibili. Anche le terribili angosce di fronte ad infauste diagnosi mediche hanno caratteristiche oggettive. Molto frequentemente, dopo un periodo di realistico e comprensibile terrore, si attenuano lasciando spazio a comportamenti di affrontamento di altro genere.

Appare opportuno sottolineare anche come l'ansia rappresenti, in buona parte, una spinta efficace verso l'affrontamento di prove e collaudi di vario tipo. È l'ansia posi-

tiva [21] che predisporre e accompagna verso scopi di crescita, favorendo la mobilitazione di energie utili al superamento di esami e prove in vari settori della vita.

Nella personale osservazione, da condividere ed approfondire con altri punti di vista, la situazione pandemica non sembra aver attivato così tanti allarmi come si poteva temere. In generale le persone e gli stessi pazienti in terapia non hanno segnalato aumenti perturbanti di ansietà. Naturalmente tutti hanno manifestato preoccupazioni, anche intense, ma comprensibili, relativamente alla possibilità di contagio per sé e per i propri familiari.

In quasi tutte le sedute se ne è parlato diffusamente. Raramente sono apparse manifestazioni esorbitanti e spesso, piuttosto, si è potuto osservare come la comune esperienza di pericolo agisse come ulteriore, potente aiuto alla sintonizzazione empatica nella coppia psicoterapeutica in seduta.

Solo in alcune nuove occasioni si è potuto osservare, invece, forti e continuative angosce relative al contagio e alle possibili conseguenze infauste, sia per sé stessi che per i familiari. Nel proseguo della conoscenza è emersa, per alcune persone, una lunga storia antecedente, di ansie ipocondriache, per un'altra l'avvio di intense preoccupazioni continue ed eccessive relativamente a sintomatologie di scarso significato clinico, più volte accertato.

In questo tempo caratterizzato dalla pandemia da Covid-19, che ha riportato un'acuta attenzione sulla malattia fisica e le sue conseguenze sovente terribili, appare interessante proporre alcune considerazioni sulle angosce ipocondriache, osservate nel presente e tante volte nel passato professionale.

Ben consapevoli della limitatezza delle osservazioni e delle necessarie confrontazioni, sembra utile prenderle ad esempio di studio e di approfondimento. L'intento è quello di provare ad interpretarle, esemplificativamente, in linea individualpsicologica, alla luce delle attuali definizioni del DSM-5.

#### VI. *Disturbo da ansia da malattia nell'Individualpsicologia*

Il *Disturbo da ansia da malattia* (presente nel DSM-5 con la cifratura 300.7), denominato fino all'uscita del DSM-5 come ipocondria, ansia ipocondriaca e patofobia [15, 24], è una forma di disagio del vivere assai frequente e comune all'osservazione, sia per i sanitari medici sia per i professionisti del disagio psicologico (9, pp. 364-368).

I medici hanno frequentemente contatti con clienti che lamentano sintomi assai lievi e che da questi inducono il timore di malattie gravissime, rappresentano per loro situazioni di grande complicazione perché, malgrado le evidenze, non si convincono e continuano a richiedere rassicurazioni e interventi diagnostici sempre più complessi.

Gli Psicoterapeuti incontrano spesso persone che lamentano sintomi ansiosi di vario genere ascrivibili fondamentalmente a paure relative al proprio stato di salute, sia fisica che mentale o di memoria o altro di cui riconoscono la scarsa consistenza realistica. Sovente raccontano di una lunga storia medica di analisi ed esami diagnostici, anche invasivi, a cui si sono sottoposti e che hanno svelato una realtà clinica rassicurante che non ha, però, di fatto, ridotto significativamente l'angoscia di avere malattie, soprattutto molto gravi.

Le terribili preoccupazioni sulla propria salute si incentrano di solito su sintomi molto generici e lievi che potrebbero, solo in teoria, richiamare diagnosi gravissime e infauste, ma che sono così deboli da non supportare malattie vere e proprie.

È evidente che il professionista debba fare molta attenzione nel dare giudizi clinici senza considerare come, a volte, siano davvero sottostanti problematiche effettive: sarà fondamentale collegarsi, con la correttezza deontologica prevista, con il medico di riferimento per le riflessioni relative.

Molto più spesso si tratta di angosce su disturbi molto lievi, seppur riferiti a malattie gravissime, di solito mortali o comunque gravemente pericolose per la propria esistenza. Sono spesso i tumori, gli infarti, la perdita di memoria che terrorizzano queste persone, rappresentando di fatto malattie incurabili, quindi estremamente lesive della persona e del suo futuro. Varianti significative, seppur più rare, sono rappresentate dalla paura delle demenze, dalla paura di essere affetti da gravi malattie mentali e da altro ancora, che, a parere di chi scrive, allarga significativamente l'area considerata dal DSM-5 e ne amplia i confini.

Non appare questo il contesto per una riflessione più critica in proposito, ma si intende segnalare come, forse, la realtà clinica indichi anche altre considerazioni (18, pp. 259-260).

Sembra opportuno ricordare che il DSM-5 cerca di fare chiarezza e propone un'attenta discriminazione di diagnosi differenziale indicando anche i Disturbi da Sintomi somatici (300.82) in cui la sintomatologia somatica è proprio presente e induce anche angosce rilevanti e comunque sproporzionate, a cui si ascrivono ora buona parte delle vecchie diagnosi di *ipocondria*.

Un'altra categoria differenziale è indicata nei Disturbi di ansia generalizzata (300.02); nel Disturbo Ossessivo-Compulsivo (300.3); nel Disturbo di Dismorfismo corporeo (300.7); nei Disturbi psicotici di vario tipo in cui può essere rilevata un'ideazione chiaramente delirante riferita a sintomatologie somatiche, mentre le persone con ansia da malattia possono ammettere che la patologia temuta non sia davvero presente. È opportuno sottolineare come le persone con tale disturbo possano accedere a costanti controlli medici per cercare rassicurazioni o, invece, evitarli per la paura di ricevere verdetti angoscianti.

Qui, per non appesantire ulteriormente, si rimanda alle descrizioni del DSM-5 per criteri sintomatologici e per varie altre precisazioni come insorgenza, diagnosi differenziale, comorbidità, fattori di rischio e altro (9, pp. 357-378).

Stimolanti appaiono anche le precisazioni in merito di Fassino, Abbate Daga e Leombruni nel loro Manuale di Psichiatria Biopsicosociale [15].

Considerato il contesto ambientale pandemico e le personali esperienze cliniche, sembra opportuno concentrarsi sul *Disturbo di ansia da malattia* nelle varianti mediche, considerando elasticamente confini clinici ben più ampi e significativi, soprattutto in una visione più attenta alle dinamiche sottostanti che alle forme descrittive dei disagi [18].

Nell'osservazione di chi scrive, comunque, questo disturbo si è evidenziato con buona frequenza durante il periodo pandemico, spesso con i tratti caratteristici prima descritti, fatte salve alcune limitazioni di diagnosi differenziale. La presenza dei sintomi generici e troppo lievi, ma correlabili alla patologia virale possibile e altamente lesiva sia per sé che per gli altri della famiglia, ha dominato alcuni quadri ai limiti con disturbo di ansia generalizzata o, in alcuni casi, di disturbo ossessivo-compulsivo e disturbi correlati. D'altronde, se per confermare tale diagnosi di *Disturbo da ansia di malattia* è opportuno che le ansie da malattia si mantengano continuativamente almeno per sei mesi, ancora non si possiedono tutti i termini per poter porre con sicurezza un'ipotesi diagnostica di questo genere.

L'impressione personale, risultante da numerose osservazioni, intende sottolineare come questi quadri sintomatici o erano già presenti e si sono acuiti o che la pandemia e le situazioni correlate hanno agito da acceleratori per dinamiche in buona parte già presenti, ma contenute ed ora esplose.

Il *Disturbo di ansia da malattia* sembra rappresentare al meglio, comunque, l'esempio dei dinamismi inconsci connessi agli scopi, così come l'Individualpsicologia si propone di esplorare ed interpretare.

Alfred Adler analizza con precisione e limpidezza queste stesse angosce nei capitoli che dedica alla "sifilofobia" e in cui espone la sua teoria delle nevrosi applicata alle fobie e all'ipocondria [4]. È interessante notare come la forte efficacia delle penicilline per la cura della sifilide abbia fatto scomparire la stessa malattia dalle fobie ipocondriache. I dinamismi difensivi inconsci di queste forme d'ansia richiedono infatti, quasi sempre, che la malattia temuta sia incurabile.

Si proverà a darne conto con lo scopo preciso di proporle una lettura esemplificativa e articolata in senso individualpsicologico nell'obiettivo di cogliere la ricchezza dinamica di tale interpretazione.

Si ritiene opportuno precisare che va considerata la possibilità della presenza anche di altri sottostanti dinamismi, oltre quelli qui proposti. Situazione per situazione si considereranno, dutilmente, le ipotesi più adeguate al caso specifico.

Come già sottolineato, quello che viene oggi catalogato come “Disturbo da ansia di malattia” appare ben più variegato nell’osservazione clinica. Più volte è stato osservato variare nel tempo e nel lavoro clinico e diventare un’ansia con oggetti diversi. Dalla paura delle malattie a paura di altre specifiche situazioni mutanti nell’oggetto, ma simili nella struttura come il timore di essere indagato dalla Polizia o ancora di essere affetto da gravissime malattie mentali e anche di essere omosessuale. Tutto questo, comunque con lievissimi o assenti segni oggettivi a fronte di terribili possibilità sul piano personale, con un livello di ansietà troppo elevato per i dati mostrati e sperimentato per tempi lunghi, da vari mesi a diversi anni.

Insieme e collaborando in una intersoggettività feconda per creare una relazione nuova, accogliente e rifondante, possiamo condividere storia, convinzioni, scelte consapevoli e inconscie alla base dello stile di vita della persona.

Questa proviene sempre da un’infanzia segnata da intense difficoltà che possiamo descrivere come forti vissuti di inadeguatezza e convinzioni di mancanza di risorse personali con tutti i corredi emozionali di terrore per la presunta incapacità di stare nel mondo.

È un dolore che conosciamo, che tante volte abbiamo sentito e partecipato con questi bambini feriti, spaventati, spesso invece dotati e pieni di risorse.

Nelle situazioni che interessano queste riflessioni sui *Disturbi da ansia di malattia* ritroviamo molto spesso queste convinzioni di inadeguatezza, antiche e profonde, decise e doloranti, che ora si evidenziano nelle paure e nelle chiusure difensive, senza rischi e senza responsabilità.

La variante con altre situazioni simili sembra essere, frequentemente, la capacità residua di tentare l’impensabile, l’impossibile, vale a dire una inattesa determinazione ad appoggiarsi a risorse rimaste, capaci di tentare una riscossa coraggiosa e proficua. Talenti non considerati e dormienti cominciano a svelarsi e a produrre capacità e successi insperati, spesso di ampio respiro e ben riconosciuti.

Il recupero inatteso procede in un ingorgo egocentrato e chiuso nei conflitti fra successi inattesi e terrori scoraggianti e difensivi. Forzatamente è limitata la capacità di riconoscere ed aprirsi agli altri, l’attenzione e l’impegno è tutto rivolto ai propri processi conflittuali, alle speranze e alle paure.

Più i talenti sgorgano, più crescono anche i timori di essere svelati nella propria inconsistenza.

Quello che sembra permanere è sempre chiaramente un tentativo di salvaguardia rispetto ad affrontamenti percepiti come potenzialmente catastrofici. Nell’osservazione del comportamento risulta evidente infatti che la persona cerca o si trova in una situazione soggettivamente troppo collaudante, qui ed ora o nel prossimo futuro.

Sempre è possibile ammirare la capacità, inconscia, di prevedere i pericoli di potenziali collaudi in futuri anche distanti, mentre nel versante consapevole è presente solo l'angoscia per malattie gravissime e fortunatamente inesistenti. La persona è invasa da pensieri ricorrenti e intrusivi, si concentra consapevolmente su questi oggetti, a volte producendo anche una sintomatologia secondaria, quasi ossessiva, legata al bisogno di continue rassicurazioni.

Intanto, nel versante inconscio, si muovono come nell'ombra le intelligenze difensive che intercettano i veri collaudi di una vita che potrebbe liberare finalmente i talenti e le realizzazioni personali.

Il processo nel suo complesso è ben conosciuto in psicoterapia, soprattutto in linea individualpsicologica, e mostra chiaramente la complessa manovra di salvaguardia che muove sia i processi inconsci che quelli consapevoli, dove il sintomo angosciante cattura tutta l'attenzione della persona che è costretta a rallentare o anche fermare i propri obiettivi di piena realizzazione di sé.

I tempi di intervento per la comprensione della complessa dinamica sovrastante e per la risoluzione dei sintomi sono assai lunghi e richiedono una profonda, instancabile, partecipazione emotiva. La persona infatti, senza saperne il motivo, è davvero invasa dal terrore costante che quasi niente intacca e allontana.

Per mesi, e spesso per lunghi anni, tutti i pensieri sono rivolti a questa angoscia, con il suo corredo di sintomi psicosomatici, che porta a intensi bisogni di rassicurazione attesi per settimane e poi, dopo un rapido sollievo, si ripropone magari relativamente ad altri distretti corporei o ad altri pericoli. Il terapeuta dovrà mostrare una paziente costanza di accoglienza e di ascolto compartecipe, mentre ripropone contestualmente una lettura della dinamica difensiva reale.

Anche in questa situazione, si tratta di costruire una relazione nuova non giudicante, di mantenere una collaborazione e un'intensa compartecipazione emotiva che permetta una profonda e genuina costruzione della coppia terapeutica. Questa, solidale e orientata verso lo scopo di uscire dalla paura per affrontare con nuovo coraggio le prove, potrà aprire alla necessità di accogliere, finalmente, i rischi che la vita ineludibilmente propone e le responsabilità conseguenti.

Incisive, insieme alla relazione empatica e costante, potranno essere le sottolineature dei talenti nuovi e non considerati, che mostrano alla persona l'irrealtà dei suoi convincimenti antichi sulle proprie inadeguatezze infantili.

È quindi la qualità della relazione che primariamente incide sul risultato dell'intervento psicoterapeutico, a cui deve essere aggiunta la comprensione delle dinamiche difensive per favorire la comprensione di sé e una nuova accoglienza, con l'assunzione da parte della persona di ragionevoli dosi di rischio nella vita.

## VII. *Co-costruzione del coraggio in psicoterapia*

La fatica di vivere, le convinzioni tenaci di inadeguatezza e le forme di compenso e di salvaguardia correlate richiamano ineluttabilmente la problematica dei processi scoraggianti e, per converso, del coraggio.

A proposito di angoscia da malattia, in questo tempo di pandemia che ha sollecitato così tante ansie o negazioni, sempre timori o vere e proprie angosce, il coraggio è diventato ancora più centrale e importante, anche per le implicazioni comunitarie che evoca.

Il tema del coraggio e dell'incoraggiamento nella psicoterapia adleriana è stato ampiamente trattato [2, 11, 14, 16, 19, 25, 32], poco c'è da aggiungere.

È scontato che non si tratta di incoraggiare sul piano cognitivo con blande sottolineature di risorse ben visibili ad occhi attenti, quanto di accogliere le persone per quello che sono, con i propri limiti e con le risorse che portano ad un'osservazione nuova, con occhi nuovi ed un cuore sconosciuto ed aperto. Davanti abbiamo un bambino, un adolescente, un adulto mai incontrato, pieno di risorse e novità che ci incuriosiscono, che ci racconta di sé e di quello che pensa di essere, di quello che altri hanno pensato che fosse, sulla base delle particolari aspettative o paure che aveva.

Anche noi siamo nuovi per lui, chi sarà questa persona, che aspettative e cosa penserà. Piano, piano si trova l'incontro e due persone sconosciute si manifestano: chi è l'altro, cosa pensa di me, quale impressione ha carpito, sono le domande che intessono la relazione.

Due persone si incontrano, due bambini, due adulti, due simili si fronteggiano alla ricerca di sé, con tutto di sé, le parti esterne, formali, le parti sconosciute e sostanziali, che si parlano e sentono le risonanze, i dolori e le paure vere, i limiti e le compensazioni provate e scelte, magari fallite.

Due persone che, anche, hanno paura. Paura della prova delle proprie competenze ed esperienze per il terapeuta, che, ancora una volta, è sotto osservazione e sotto collaudo e, per il cliente, paura dell'incontro, della relazione e di quello che accadrà.

Paure che forse si trasformeranno in coraggio per entrambi, senza dirselo, senza le parole dell'incoraggiare. Piuttosto con i modi di entrare in relazione fra di loro, da subito e per tutta la durata del processo.

“Il trattamento psicoterapeutico è un esercizio e una prova di cooperazione e può concludersi positivamente solo se c'è un sincero interesse per gli altri” (7, pp. 72-73).

Le parole di Adler, scritte nel 1931, sono incredibilmente moderne e contengono già le profonde convinzioni che oggi tutti condividono sulla relazione terapeutica, sulla definizione del setting, dell'intersoggettività e della co-costruzione della coppia terapeutica.

Le due persone che danno vita ad un processo psicoterapeutico intrecciano cuore e mente in un luogo definito ed iniziano a conoscersi cooperando ed empatizzando, mentre il terapeuta non giudica, non compete, si concentra convintamente sulle risorse residue che certamente il cliente contiene.

Silente e non detto, l'atteggiamento incoraggiante del terapeuta è presente da subito e per tutto il tempo della terapia, costante e paziente. Sa e sente che il cliente ha la possibilità di svincolare qualità e caratteristiche bloccate, ma presenti sicuramente, quelle che siano. Il cliente, a sua volta, non solo non si sente giudicato, ma coglie la fiducia e l'empatia del terapeuta che crede in lui e che riattiva nella cooperazione le sue sconosciute risorse.

La tardiva funzione materna e paterna, che per tanti motivi non ha potuto agire in pienezza, si propone in tutta la sua forza ed efficacia [14, 16, 17].

Come afferma Adler [8], per sviluppare il coraggio, il processo psicoterapico deve aiutare il cliente a cercare le disfunzionalità nello stile di vita, nella fiducia delle possibilità di cura, imparando un nuovo stile paritario con gli altri, consapevole del proprio limitato sentimento sociale, così da comprendere che le antiche convinzioni personali sulle proprie innate inadeguatezze erano e sono profondamente errate.

Nelle presenti riflessioni sulle dinamiche che intridono le ansie da malattie e altre situazioni, sembra opportuno richiamarsi ai comportamenti evitanti che tanto spesso sottendono tali situazioni. Gli evitamenti sono frequentemente correlati anche ai bisogni di perfezionismo e di superiorità, al tendere verso performance elevate e troppo collaudanti.

Insieme, in questi processi di intreccio continuo, di accoglienza e scoperte, anche la consapevolezza che nessuno giudica e penalizza i propri bisogni di perfezione, spesso compensanti o supercompensanti le paure terribili di essere così piccoli, sbagliati e inadeguati, aprirà la strada per accettare il limite e trovare linee di compenso più funzionali.

L'intervento più incisivo in termini terapeutici sembra essere relativo al lavoro relazionale ed empatico in cui la persona in disagio si sente finalmente accolta per quello che è, "sentita" emozionalmente nelle sue paure, nei suoi limiti e nelle sue risorse residue. Proprio il lavoro di *sintonizzazione* empatica, di solito inconscia e non verbale e i momenti di connessione emotiva producono un'esperienza di incontro profondo in cui le due persone coinvolte possono sentirsi insieme, unite e compartecipanti. Imparano ad affidarsi e si aprono ad una nuova relazione, entrambe pronte al nuovo e all'incerto, allo sconosciuto e al rischio.

Il terapeuta conosce la strada e manterrà le sue competenze e le sue affidabilità personali e professionali; il cliente farà finalmente l'esperienza di essere intensamente capito e accolto per quello che è e che potrà diventare. Cammineranno insieme ognuno con i

propri pesi e le proprie speranze, ma con la sicurezza di essere insieme e sintonizzati. Potrà essere un processo di variazioni per entrambi, che dovrà essere mantenuto e difeso, accudito dalle giuste competenze empatiche e nella professionalità rigorosa.

Nel percorso così composto:

*«C'è nel paziente un nuovo collaudo creativo della stima di sé: il terapeuta vive il paziente come persona meritevole di attenzione, impegno, apprensione e autonomia in un coinvolgimento relazionale ottimale che modifica entrambi; tale trasmissione empatica della fiducia verso una persona capace di sofferenza, solitudine e frustrazione come pure di iniziativa per un originale senso della propria vita è in grado di attivare il Sé Creativo evoluto che diventa più efficace a prendersi cura di sé.» (14, p. 58).*

Insieme, intrecciate accuratamente al piano empatico, le componenti cognitive del riconoscimento e della consapevolizzazione dei dinamismi psicologici svolgono una funzione di comprensione e di riordino della storia di vita della persona, utilissime nel ridare significato e struttura logica alla propria esperienza e ad una nuova narrazione di sé.

In questo senso, la complessa struttura teorica e clinica adleriana e i suoi concetti specifici permettono di cogliere lucidamente la struttura caratteriale consapevole e inconsapevole, lo stile di vita costruito, le compensazioni o supercompensazioni scelte, gli adattamenti finzionali, i conseguenti livelli della stima di sé e del coraggio di affrontare i compiti vitali.

Nell'intersoggettivo e collaborativo lavoro terapeutico potranno essere svelate le finalità dominanti, efficaci o disfunzionali, che dirigono il comportamento e che determinano i processi di affrontamento o di evitamento.

Questo procedere, insieme emotivo e cognitivo, risulta di fatto un processo di co-costruzione di un'identità più coraggiosa che può realizzare la pienezza di sé, con comprensioni e cambiamenti veri.

Il terapeuta potrà fare insieme al cliente le proprie assunzioni di rischio, in un nuovo percorso per cui ci vuole coraggio, in un mondo sconosciuto in cui deve entrare rinunciando alle sue sicurezze, ai suoi pregiudizi, alle sue ideologie e alle tecniche e strategie irrigidite. Esprimerà un coraggio paziente e contagioso, che potrà essere, anche per il cliente, veicolo di contaminazione, di stimolo e di aiuto per accettare le rischiosità del vivere [2, 24].

Il cliente farà, lentamente e solidamente, l'esperienza di un altro vicino e solidale, che non teme le sue miserie [11], con cui si aprirà a nuovi stili relazionali anche fuori dalla finzione del setting, con altri della propria vita. In termini adleriani si aprirà agli altri, aumenterà il proprio sentimento sociale, imparerà a rischiare sia con gli altri sia col mondo.

E mentre lievita il coraggio, lentamente riprende senso e potenza l'inadeguatezza esistenziale naturale, ma ai tempi nascosta e negata, privata di senso e colpevole della vergogna di non essere adatti. Ritorna con la forza del suo senso e della sua creatività, potente e fiera della propria debolezza e che sta lì per essere superata con nuove compensazioni, questa volta efficaci e incisive.

Il processo terapeutico sarà un lungo incoraggiarsi, a vicenda, pazientemente, con accanita perseveranza, con costante professionalità, senza paura dei pericoli e degli arresti. Passando attraverso le paure e gli insuccessi, gli ostacoli che rilanciano, i blocchi e piano, piano spostando ostacoli e barriere per arrivare a sentire e comprendere che non siamo soli e che siamo nella nostra rete sicura. Potrà essere, finalmente, un lavoro insieme, come umani che rintracciano il senso del vivere e che, da umani, imparano liberamente a collaborare.

#### VIII. *È già domani: note conclusive*

Dal profondo buio della pandemia, poco considerata dagli storici seppur così presente nella vita delle persone attraverso i secoli, usciremo prima o poi. Fra le altre cose, quello che possiamo fare nell'attesa che questa situazione termini è aumentare e affinare la nostra preparazione come professionisti dei disagi psicologici. In particolare, in queste riflessioni, è apparso stimolante approfondire il tema delle ansie ipocondriache e del coraggio di affrontare le situazioni di vita.

I curatori del DSM-5 hanno ritenuto di rivedere la classificazione relativa proponendo il Disturbo da ansia di malattie come nuovo riferimento per buona parte della casistica ipocondriaca. Questa variazione e l'osservazione personale di alcune persone con queste sintomatologie, seguite spesso nel passato e alcune dopo l'inizio della pandemia, hanno favorito una disamina di questo disturbo considerato specificamente in termini individualpsicologici.

Per la teoria adleriana del comportamento umano, queste ansie ipocondriache sovente sono ben correlabili ad inconsci comportamenti di evitamento e di salvaguardia in cui è presente lo scoraggiamento e le relative compensazioni o supercompensazioni disfunzionali.

Le considerazioni suesposte, come già specificato, intendono porsi solo come stimoli all'approfondimento, non esaustive dei dinamismi coinvolti.

È parso stimolante riproporne nuovamente una lettura individualpsicologica per scopi inconsci, così complessa e incisiva, in grado di mettere bene in luce le acute abilità difensive della personalità umana nel suo complesso.

I temi dell'angoscia e del coraggio si pongono in primo piano, in un tempo dominato dall'incertezza e da futuri sconosciuti.

Le riflessioni sul processo di incoraggiamento, inteso come co-costruzione nell'inter-soggettività della coppia terapeutica, si propongono di sottolineare ancora la silente rilevanza dell'empatia e della cooperazione nel rafforzamento del coraggio in Psicoterapia e l'importanza di entrambi gli aspetti, relazionali e interpretativi, nei processi di aiuto delle fatiche del vivere.

### Bibliografia

1. A.A.V.V. (2006), *PDM (Psychodynamic Diagnostic Manual)*, tr. it. *Manuale diagnostico Psicodinamico*, Raffaello Cortina Editore, Milano 2008.
2. ACCOMAZZO, R. (1986), Il coraggio nella Psicologia Individuale al di là delle tecniche psicoterapeutiche di incoraggiamento, *Riv. Psicol. Indiv.*, 24-25: 84-92.
3. ADLER, A. (1912), *Über den nervösen Charakter*, tr. it. *Il temperamento nervoso*, Astrolabio, Roma 1950.
4. ADLER, A. (1920), *Praxis und Theorie der Individualpsychologie*, tr. it. *Prassi e teoria della psicologia individuale*, Astrolabio, Roma 1947.
5. ADLER, A. (1923), Die Gefahren der Isolierung, *Zentralblatt für Vormundschaftswesen*, 15 (3): 53-54, tr. it. I pericoli della quarantena, *Riv. Psicol. Indiv.*, 88: 13-21.
6. ADLER, A. (1927), *Menschenkenntnis*, tr. it. *Psicologia Individuale e conoscenza dell'uomo*, Newton Compton, Roma 1975.
7. ADLER, A. (1931), *What life should mean to you*, tr. it. *Cosa la vita dovrebbe significare per voi*, Newton Compton Editori, Roma 1976.
8. ADLER, A. (1933), *Der Sinn des Lebens*, tr. it. *Il senso della vita*, De Agostini, Novara 1990.
9. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (2013), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5<sup>th</sup> ed.)*, tr. it. *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali* (quinta edizione), Cortina, Milano 2014.
10. ANSBACHER, H. L., ANSBACHER, R. R. (1956), *The Individual Psychology of Alfred Adler*, tr. it. *La Psicologia Individuale di Alfred Adler*, Martinelli, Firenze 1997.
11. CANZANO, C. (2009), Il limite e il coraggio. Di fronte, accanto, dentro all'inferiorità, *Riv. Psicol. Indiv.*, 66: 31-41.
12. CUADRADO, M., (2020), *Oltre il Covid. La società aperta e il futuro della rete*, Edizioni GoWare, Firenze.
13. DINKMEYER, D., DREIKURS, R. (1963), *Encouraging Children to Learn*, tr. it. *Il processo di incoraggiamento*, Giunti e Barbera, Firenze 1974.
14. FASSINO, S. (2009), Empatia e strategie dell'incoraggiamento nel processo di cambiamento, *Riv. Psicol. Indiv.*, 66: 49-63.
15. FASSINO, S., ABBATE DAGA, G., LEOMBRUNI, P. (2010), *Manuale di Psichiatria Biopsicosociale*, Edi. Ermes, Milano.
16. FERRIGNO, G. (2009), La risonanza emozionale e il "ritmo" dell'incoraggiamento, *Riv. Psicol. Indiv.*, 66: 81-91.

17. GHIDONI, C. (2006), Il Paterno adleriano, *Riv. Psico. Indiv.*, 60: 37-61.
18. GABBARD, G., O., (2014), *Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice* (Fifth Edition), tr. it. *Psichiatria Psicodinamica* (Quinta Edizione), Raffaello Cortina Editore, Milano 2015.
19. GRANDI, L. G. (2009), Linee guida essenziali per la Psicoterapia Analitica, *Riv. Il Sagittario*, 24: 5-18.
20. MCNEILL, W. H. (1976), *Plagues and peoples*, tr. it. *La peste nella storia*, Edizioni Res Gestae, Milano 2020.
21. PAGANI, P. L. (1998), I principi dell'incoraggiamento, in SANFILIPPO, B. (a cura di), *Itinerari Adleriani* Ed. Franco Angeli, Milano.
22. PAGANI, P. L., FERRIGNO, G. (1999), Transfert e controtransfert nel "setting" adleriano, *Riv. Psicol. Indiv.*, 46: 27-41.
23. PARENTI, F. (1983), *La psicologia Individuale dopo Adler*, Astrolabio, Roma.
24. PARENTI, F., PAGANI, P. L. (1986), *Psichiatria Dinamica*, Centro Scientifico Torinese, Torino.
25. PONZIANI, F. (2018), *Non ce la faccio. Senso di inferiorità e strategie per combatterlo*, In. edit Edizioni, Bologna.
26. PONZIANI, U. (1994), Lo stile di vita. Nuove prospettive epistemologiche, *Riv. Psicol. Indiv.*, 36: 53-61.
27. PONZIANI, U. (a cura di, 2004), *Psicologia e dimensione spirituale*, Il Mulino, Bologna.
28. PONZIANI, U. (2010), Chi incoraggia chi? La complessità dell'incoraggiare e gli stili emozionali, cognitivi, relazionali e sociali coinvolti. Osservazioni cliniche ed esperienze di aggiornamento per insegnanti di scuola primaria, *Riv. Psicol. Indiv.*, 67: 163-172.
29. PONZIANI, U. (2014), Il concetto di perfezionismo nella ricerca attuale e nella teoria adleriana della compensazione. Riflessioni teoriche e cliniche, *Riv. Psicol. Indiv.*, 75: 56-71.
30. PONZIANI, U. (2014), Gli elementi essenziali del setting adleriano. Proposte e riflessioni, *Riv. Psicol. Indiv.*, 75: 89-97.
31. ROVERA, G. G. (1977), La individualpsicologia: un modello aperto, *Riv. Psicol. Indiv.*, 6- 7: 23-50.
32. ROVERA, G. G. (2016), Transmotivazione: proposta per una strategia dell'incoraggiamento, *Riv. Psicol. Indiv.*, 80: 9-29.
33. ZAMBRANO, M. (1986), *El sueño creador*, tr. it. *Il sogno creatore*, Bruno Mondadori, Milano 2002.

Umberto Ponziani  
Via Normandia 114  
I-40132 Bologna  
E-mail: [uponziani@gmail.com](mailto:uponziani@gmail.com)

## **Alla ricerca delle emozioni: resoconto di un intervento adleriano**

CLAUDIO GHIDONI, FLAVIO ATTANASIO, PAOLA BONENTI, MARTA SANTINI,  
LUCA SOREGAROLI, GIUSEPPE VIRGILIO

*Summary* – FINDING EMOTIONS: REPORT OF AN ADLERIAN INTERVENTION. The following article presents an intervention about SARS-CoV-2-related emotions management, dedicated to the infant participants of a summer camp in Brescia's province in summer 2020. The Italian lockdown's consequences elicited emotive reactions that are still under study. The intervention's promoters assumed that not every pandemic related emotion had been knowingly elaborated. Moreover, it had been supposed the absence of aggregative events corroded the affiliate interactions of the youngsters, amplifying the need for them. A project constituted of cooperative games activities had been proposed, since the organizers had identified in social playing an adequate compensation. The participants thought and shared their personal reflections about the emotions they had felt during the social isolation, and about their behavioural implications. The fiction sustaining the activity facilitated the whole process. After pointing out the limits and strengths of their emotions, the recipients were encouraged to express their emotive states through new attitudes, more inclusive of social feeling.

*Keywords:* COVID-19, EMOZIONI, GIOCO

### *I. Introduzione*

Il 2020 è stato un anno terribile per l'Italia e il mondo intero, piegati dalla prepotenza di uno degli organismi più piccoli e antichi che popolano la Terra: un virus. Nello specifico SARS-CoV-2, che può causare una sindrome respiratoria acuta grave nell'uomo fino a causarne il decesso.

Questo virus, come tutti gli altri, entra in contatto con un ospite, il corpo umano, si replica e si diffonde, garantendo così il mantenimento e la sopravvivenza della propria specie.

In altre parole il virus, come qualsiasi altro essere vivente, cerca di sopravvivere nel mondo. È prerogativa di molti virus quella di infettare il maggior numero di persone in un breve lasso di tempo. E quale ospite migliore se non l'uomo, essere relazionale per eccellenza, che come il virus vive per entrare in contatto con l'altro [13, 24].

Questo virus e l'essere umano hanno in comune forse più di quanto si immagini. Entrambi combattono una duplice battaglia che li vede protagonisti sia all'interno del proprio corpo, sia all'esterno nella rete sociale e di relazioni.

Il corpo infettato dal virus deve isolarsi, "barricarsi" da ciò che è altro, al di fuori; altrimenti la dà vinta al virus che entrando nel corpo dell'ospite cerca poi una via per uscirne e proliferare ancora. L'uomo si deve, così, chiudere temporaneamente all'altro. Ed è proprio in questa chiusura che nasce lo spunto per il progetto che sarà presentato nel corso di questo articolo.

Nonostante il progresso tecnologico, l'essere umano non può vivere senza il contatto con gli altri perché rischia l'involutione. Si ha costantemente bisogno di qualcuno con cui relazionarsi per trovare la propria identità nell'interdipendenza [12, 24]. Si pensi ad un bambino che si plasma senza la misura del genitore, ma solo con la misura di sé. Sarebbe un "*bambino a metà*" senza l'esperienza dell'altro. E, come sta insegnando questa pandemia, si è alla continua ricerca di stimoli e relazioni esterne, al di fuori delle mura domestiche, sempre più simili alle pareti di un carcere. L'esempio del "*bambino a metà*" non nasce dunque casualmente, ma riguarda una riflessione circa l'essere bambini al tempo del COVID-19.

I principali luoghi di aggregazione giovanile sono chiusi, inaccessibili o con ingressi contingentati. Oratori, scuole, parchi, bar e persino lo sport sono diventati un'oasi lontana in un deserto fatto di asfalto, mascherine e strade vuote.

Quale ricaduta può avere tutto ciò nella vita di un bambino costretto, come tutti, ad esperire la vita in un modo tutto nuovo e diverso, a fare i conti con le proprie emozioni e quelle degli altri tramite il filtro di uno schermo o di una mascherina?

Nel presente articolo verrà esposto un lavoro svolto nel mese di giugno 2020 da un'équipe di psicologi con un gruppo di bambini, volto a esprimere e rielaborare l'impatto emotivo che la pandemia ha causato. Tale lavoro aveva anche lo scopo di dare voce a questi fanciulli mettendoli dinanzi alle proprie emozioni tramite lo strumento per eccellenza: il gioco.

## II. *Il dinamismo delle emozioni*

Emozioni: un complesso sistema che fa parte del mondo interno dell'essere umano e ne permette l'interazione con l'ambiente, con l'altro. L'architettura emozionale nel pensiero adleriano è fondativa della relazione. Adler conosce la persona dal comportamento, dalle sue piccole cose: per studiare, capire, diagnosticare è necessario guardarla nel modo in cui essa agisce, ossia come si presenta e come parla. Tutto ciò indica la linea direttrice coerente del soggetto [1, 2, 6, 11, 19].

L'approccio, in questi termini, è di ordine affettivo, cioè basato sulla dinamica del sentire che deriva dal modo quotidiano, appreso sin da neonati, di amare e affrontare

la vita. Ben si comprende come parlare di emozioni implichi una dimensione relazionale, distante dalla dinamica delle pulsioni [6].

Emozione, etimologicamente, significa “mettere in movimento”. In un certo senso è un lancio all’altro, cioè donare parti di sé. Adler, nel testo “*La conoscenza dell’uomo*” [2] sostiene che gli stati emotivi siano espressioni del carattere e dei dinamismi rafforzati dell’organo psichico. Le emozioni hanno un tempo limitato, si accendono, si manifestano e poi si affievoliscono. Gli assetti emozionali hanno sempre una radice nota e una radice ignota. Le emozioni, nella teoria adleriana, sono *orientate verso un fine*, ossia non vengono espresse casualmente, ma lavorano in ottica finalistica. Sono, allo stesso tempo, l’espressione dello *stile di vita* e possiedono una propria linea direttrice.

Essenzialmente, le emozioni mirano a dei mutamenti a vantaggio della realizzazione personale, a diminuire l’angoscia insita nel sentimento di inferiorità umana. L’emozione dona delle spinte energetiche che colorano le relazioni. Esse si manifestano attraverso il corpo: sono visibili alcuni cambiamenti nelle espressioni facciali, nel sistema nervoso e nel sistema respiratorio. In altre parole, il corpo è un grande protagonista emozionale [6, 7].

È necessario imparare il linguaggio delle emozioni per apprendere una comunicazione vitale. Le emozioni hanno una specifica utilità: servono per la sopravvivenza. Un neonato, esprimendo emozioni, comunica alla madre che ha fame e sete oppure che necessita di calore affettivo in situazioni di paura. Senza questa espressione il bambino non vivrebbe [23].

Secondo Adler, esistono due gruppi di stati emotivi che definiscono la relazione fra individuo e società: quelli che separano e quelli che uniscono. Gli stati emotivi che tendono a separare sono l’*ira*, sempre finalizzata ad annientare qualsiasi resistenza l’uomo possa incontrare sulla strada del predominio; la *tristezza*, espressione persistente di una perdita di cui non è in grado di darsi pace; gli *abusi*, nel senso degli eccessi e dell’*esasperazione*, che si verificano quando l’individuo crede che gli sia stato negato un diritto; la *nausea*, simbolo del disgusto e della separazione; l’*angoscia*, *esasperato stato di ansia per un rischio fittizio o reale* [7, 20, 21].

Nel secondo gruppo, quello degli stati emotivi che tendono a unire e ridurre la “distanza”, troviamo la *gioia*, che segnala il desiderio di comunicare agli altri la propria soddisfazione e il proprio appagamento ed esclude, di conseguenza, l’isolamento; la *compassione* che, per Adler, rappresenta la più pura espressione del sentimento sociale e, proprio per la sua capacità, riesce a far immedesimare l’individuo nelle pene di chi soffre; la *vergogna*, che compare quando sono compromessi sia la dignità che il valore della persona [7, 20, 21].

Le neuroscienze moderne hanno messo bene in chiaro ciò che Adler aveva intuito già nei primi anni del Novecento: anche nella letteratura contemporanea, in sintonia

con la psicologia del profondo, le emozioni ricoprono un ruolo fondativo per l'essere umano. In particolare, i neurobiologi Panksepp e Biven nel loro testo "*L'archeologia della mente*" [22], identificano sette sistemi emozionali nell'uomo, costituenti la base della sopravvivenza dei mammiferi [22]. Il primo sistema afferisce alla *ricerca* e all'*attesa*: nella ricerca si intuiscono l'esigenza, insita in ogni essere umano, di attribuire un senso all'esistenza e trovarne un significato. L'uomo è, per questo, in una continua ricerca nobile, intellettuale e spirituale.

Nel linguaggio adleriano questa condizione è molto simile alla legge del movimento. Ne "*Il senso della vita*", ultimo libro di Adler [6], si apprende il significato del dinamismo psichico: osservando il movimento e le scelte dell'individuo, è possibile intuire dove sta approdando il suo stile di vita, una continua tensione verso una meta finale. Abbiamo bisogno di un obiettivo nella vita, e la terapia è in grado di attribuire un nuovo senso al vivere [6].

Quando il neonato si guarda attorno, comincia le prime esperienze visive, uditive, verbali, tramite mugolii e lallazioni, e agentive. Il movimento è una partenza che accende degli interruttori fondamentali alla vita per dare un senso all'esistenza. Tali aspetti accompagnano l'uomo fino alla morte poiché la matrice, di natura relazionale, implica che finché c'è vita, c'è possibilità di riconoscimento e, dunque, di ricerca emozionale. Ci sono canali differenti attraverso cui esprimere e narrare il nostro "stare": ad esempio, attraverso il tatto, il neonato capisce e intuisce l'obiettivo del suo interlocutore. Il bambino si rende conto che non è solo.

Incontra quindi il volto dell'altro, ma vi scorge un ambiente che percepisce sintonico o distonico. Questo incontro è cruciale perché è il fondamento del senso di comunità. Qui nasce il sentimento sociale, una potenzialità innata, un piccolo seme che potrà germogliare solo se l'ambiente sarà in grado di coltivarlo [6, 20, 21].

Il secondo sistema emozionale è la *collera* [22]. Essa chiaramente suscita una reazione che permette di agire nella frustrazione, ridurre il potere altrui e sottolineare la propria presenza. È un affetto che, a seconda della situazione, può essere positivo o negativo: la difesa dei piccoli, il cibo, la preda, il territorio. Nel lessico individualpsicologico è assimilabile all'*aggressività*. Nobile termine perché essa è una forza che tende e vuole avvicinarsi a qualcosa. È un modo per allontanare la tensione e determinare un limite. L'aggressività adleriana ha a che fare con la vicinanza, con lo stare accanto, concetto ben lontano dalla violenza [7, 23].

La *paura*, terzo sistema emozionale, è una grande frenata, un congelamento delle risorse. È una difesa contro le ferite che porta a volte a ritrarsi dalle situazioni. Nel linguaggio adleriano è correlata alla *salvaguardia dell'autostima*. La paura rappresenta una difficile prova evolutiva: per prosperare, gli animali devono vivere in allerta, ma non al punto di compromettere alimentazione, riposo e relazioni.

In questo tempo di pandemia, il terrore rende gli umani pieni di adrenalina: i muscoli vanno in tensione, le pupille si dilatano, pronti per una fuga dal pericolo [22]. Il nemico predatore è un virus invisibile e lo spavento si ritorce contro l'umanità stessa [10]. Non bisogna, però, aver paura della paura, ma accettarla, se non altro, come utile strumento nella cassetta degli attrezzi dell'evoluzione.

L'umanità moderna discende da antenati di successo che hanno saputo fare ottime valutazioni del rischio. Oltretutto, essi hanno insegnato all'uomo contemporaneo ad affrontare la fragilità biologica [1, 9]. Probabilmente se n'è dimenticato, immerso nella tecnologia e nei tempi esasperati. La natura animale non ricorda solo la precarietà fisiologica, ma anche la creatività e lo sviluppo di comportamenti flessibili verso gli stimoli ambientali.

L'uomo, come ogni mammifero, è dotato di un sistema di riconoscimento delle minacce esterne. Le marmotte, ad esempio, lanciano un grido d'allarme al proprio branco in situazioni di pericolo. È necessario apprendere da questi animali, scoprendo e ricercando la *marmotta interiore* presente in ogni essere umano [9]. Bisogna saperla ascoltare. È utile poiché SARS-CoV-2 richiama ogni vivente come un essere-sentinel-la sempre in guardia, certi che i pericoli esistono, ma possono essere affrontati con l'aiuto del gruppo.

Il quarto sistema [22] è il *desiderio sessuale*, ossia la chiave della crescita dell'essere vivente. Non è da ridurre all'istintualità. È un complesso che rende anche l'istinto un elemento nobile. Il desiderio sessuale è sublime nella misura in cui ingloba anche l'altro. Un esempio è ravvisabile nella ritualità del corteggiamento tra mammiferi. La peculiarità umana della sessualità matura tiene presente l'altro, non solo in termini strumentali, ma come soggetto della relazione poiché incrementa la propria soggettività e migliora la propria modalità comunicativa.

Il quinto elemento è la *cura*. Si potrebbe definire una tenera assistenza che i mammiferi hanno prescritta nella loro natura e, dunque, non frutto di una dinamica culturale. È inserita nell'esperienza evolutiva come forma necessaria a potenziare il significato del vivere e il proprio valore soggettivo [22]. Adler, agli inizi del Novecento, nomina il bisogno di affetto come fondamentale elemento di cura nell'essere umano [1].

L'*ansia - panico*, penultimo assetto emozionale, è un sistema acuto che emerge in alcuni momenti. Il senso di inadeguatezza dell'essere umano gioca un ruolo importante nel panico, fa sentire la solitudine [22].

Ultimo elemento dell'architettura emozionale è il *gioco*, la colonna vertebrale della vita. Quando si prova sofferenza anche il gioco viene interrotto [22]. In senso adleriano, questo sistema emozionale indica il Sé Creativo, ossia il desiderio di vicinanza e di leggerezza. Attraverso il gioco si imparano le abilità e le competenze.

Il sistema della gocosità nell'uomo, oltre a ciò, implica una serie di simboli e momenti di immaginazione, il cosiddetto "far finta che" [7, 8, 15, 19, 23].

Alla luce delle scoperte neuroscientifiche [22], il gioco è considerato una tendenza comune a tutti i mammiferi verso interazioni competitive a carattere gioioso; il gioco contribuisce allo sviluppo cerebrale attraverso l'allenamento delle abilità motorie e cognitive, aiuta a gestire l'aggressività e la rabbia, e funge da spinta importantissima alla socializzazione. Non può essere quindi considerato come appannaggio della sola età infantile [8, 15].

### III. *Il gioco come atto creativo*

In ottica individualpsicologica, il gioco è una compensazione vitale [9]. È proprio dai numerosi contributi di Adler sull'educazione che si evince l'importanza di intendere il gioco del bambino come un'espressione dello stile di vita individuale, attività altamente indicativa delle finalità inconse, contesto esperienziale per mettere in scena il proprio mondo interiore [4, 5, 15].

Ogni gioco sarebbe definito, secondo Jane McGonigal [17], da quattro elementi: l'obiettivo, l'esito verso cui tende la finalità dei partecipanti, che orienta il gioco stesso; le regole, che pongono un limite alle modalità con cui l'obiettivo può essere raggiunto, e consentono quindi il liberarsi della creatività attraverso la pianificazione di una strategia per conseguire il risultato; il sistema di feedback, che sostiene la motivazione a continuare il gioco, fornendo la percezione della raggiungibilità dell'obiettivo; infine, la volontarietà della partecipazione e la conseguente possibilità di abbandonare il gioco in qualunque momento, libertà che permette di sentire la sfida come sicura e piacevole [17]. È all'interno di queste coordinate che il bambino libera i propri aspetti creativi e può agire, consapevolmente e inconsapevolmente, elementi finzionali e operativi del proprio stile di vita [8].

Il gioco è un atto creativo nel quale emerge l'orientamento assunto dal bambino per adattarsi al mondo, nonché la concezione che ha di quest'ultimo. Un approccio passivo al giocare lascerà intravedere un bambino viziato, che indirizza l'attività e chi vi partecipa a soddisfare i propri bisogni; contrariamente, il gioco espresso come valore libero e spontaneo, condiviso in una cooperazione empatica e appagante, segnerà lo svilupparsi del sentimento sociale.

Le attività ludiche sono spesso intrise di fantasia, che spinge i bambini ad agire come attori del proprio teatro interno: i fanciulli sono così spinti ad interpretare un ruolo, sia esso quello dei genitori, dei pompieri, dei vigili, o di qualsiasi figura che ben rispecchi il loro finalismo. Alcuni bambini si identificano in un personaggio potente e dominante, altri preferiscono invece ruoli ausiliari, elementi indicativi dello stile di vita soggettivo. Nel giocare, che spesso è sanamente competitivo, vengono esercitate le capacità cooperative, motorie e immaginative; inoltre, il gioco permette di allenare

anche il proprio modo di stare in una società, cosicché l'attività ludica diventa socializzante, e si concretizza come palestra del sentimento sociale [15].

Emerge un'analogia tra il gioco e il sogno: se nell'attività onirica l'individuo si pre-dispone alla soluzione di un problema che dovrà affrontare nello stato di veglia, pur senza le limitazioni della realtà, nel gioco il bambino può impegnarsi a superare fittiziamente un ostacolo che caratterizza la sua vita in quel momento [3].

Questo è possibile quando il gioco avviene sullo sfondo di un'impalcatura scenica finzionale sufficientemente analoga alle difficoltà che il bambino deve affrontare. Il gioco non è solo un contesto nel quale i bambini parlano di sé stessi, ma anche un'occasione per arricchire creativamente il proprio Sé: nel gioco di gruppo, infatti, i bambini possono osservare, imitare e integrare le strategie di *coping* a cui i pari ricorrono per superare i vari ostacoli che la vita e l'età pongono loro.

Da queste riflessioni si evince la motivazione ad aver scelto il gioco come strumento di intervento per realizzare il progetto presentato in questo articolo. È stato fatto ricorso a esso come contesto di espressione e condivisione delle emozioni, nonché di apprendimento di nuovi atteggiamenti.

#### IV. Il progetto "Alla ricerca delle emozioni": finalità e considerazioni

Il progetto è stato commissionato da un oratorio della provincia di Brescia, il quale ha avanzato l'interesse verso un percorso che accompagnasse i bambini nella ripresa delle attività sociali, a seguito del *lockdown*. La committenza ha richiesto che tale percorso venisse inserito all'interno del Gr. Est (Gruppo ricreativo Estivo) e che coinvolgesse i bambini tra i 6 e i 10 anni.

L'obiettivo generale del progetto è stato quello di sensibilizzare i bambini rispetto alle emozioni, in particolare quelle vissute durante la quarantena. A livello specifico, gli obiettivi sono stati identificati come riconoscimento, espressione e riflessione critica sulle emozioni e potenziamento della cooperazione tra pari.

A livello metodologico, si è scelto di utilizzare l'educazione socio-affettiva, la quale si propone di prestare particolare attenzione allo sviluppo personale e sociale dei bambini, privilegiando la dimensione interpersonale e attribuendo fondamentale importanza allo sviluppo delle capacità relazionali. A livello individuale, questa metodologia mira a rafforzare l'autostima e a implementare capacità comunicative nel gruppo che favoriscano la collaborazione e la solidarietà [16].

È stato utilizzato un metodo partecipativo, basato sul gioco, in cui sono stati coinvolti i bambini come protagonisti attivi.

Il percorso si è strutturato in cinque incontri della durata di novanta minuti, con cadenza settimanale.

Sono stati utilizzati spazi all'aperto, che garantissero l'adeguato adempimento delle normative vigenti in materia di SARS-CoV-2 e che permettessero di svolgere attività di movimento. Per condurre il percorso sono stati coinvolti quattro psicologi.

I bambini sono stati suddivisi in piccoli gruppi da sette, in base alla fascia d'età; in questo modo, è stato possibile lavorare sia con il grande gruppo sia con il piccolo.

La trama del percorso si è basata sulla costruzione di una storia inventata che unisse elementi di creatività e fantasia a elementi che i bambini potessero legare alla propria esperienza emotiva. Tale racconto ha accompagnato tutti gli incontri.

Il percorso ha previsto per ogni giornata il focus su un'emozione, direttamente incontrata attraverso un personaggio della storia. In modo particolare, sono state scelte quattro emozioni di base: tristezza, paura, rabbia, gioia. Il viaggio tra le emozioni è stato rappresentato attraverso un'avventura composta anche da enigmi, indovinelli, rebus, puzzle e giochi con l'obiettivo di promuovere il riconoscimento e l'espressione delle emozioni.

Il percorso ha preso avvio con una prima fase di conoscenza, con l'obiettivo di fondare il gruppo attraverso attività ludiche e di socializzazione. Successivamente ogni piccolo gruppo ha ricevuto la consegna di creare degli *oggetti speciali* che servissero durante il viaggio fantastico che avrebbero intrapreso per conoscere le emozioni. Tale attività ha permesso di valorizzare il lato creativo dei singoli e del gruppo e di collaborare per il raggiungimento di un obiettivo comune.

Inoltre, a partire da questo primo momento di lavoro insieme, sono emersi alcuni vissuti emotivi quali le paure relative al virus, gli insetti, la morte, il sangue, oppure le gioie derivanti dal giocare con gli amici, divertirsi, stare con la famiglia, ridere. Tali oggetti hanno avuto una funzione all'interno della storia, erano infatti gli strumenti per affrontare le diverse emozioni. La seconda fase del percorso ha previsto quattro incontri, in ognuno dei quali è stata esplorata e conosciuta un'emozione, impersonificata da un operatore attraverso un travestimento e un atteggiamento che esaltasse le caratteristiche rappresentative di quello stato emotivo.

La fase finale si è focalizzata sulle strategie di fronteggiamento e gestione delle emozioni. In modo particolare, si è proposta un'attività collettiva nella quale sono state sperimentate le emozioni incontrate durante il percorso, seguita da una riflessione e rielaborazione rispetto al gioco intrapreso in gruppo.

La preparazione di ogni giornata ha previsto una fase esplorativa da parte degli operatori che, attraverso un *brainstorming*, ha consentito l'individuazione degli aspetti che rappresentassero le diverse emozioni e che successivamente potessero essere inscenati.

Quindi, nell'elaborare una rappresentazione relativa alla tristezza sono emerse alcune immagini, tra cui un luogo nascosto, simbolo della chiusura in sé stessi.

Tale emozione allontana e pertanto tiene distante dall'altro con il rischio conseguente dell'isolamento sociale. Altre immagini associate alla suddetta emozione, identificata come stato che produce cupezza e assenza di coloritura emotiva, sono quella dell'ombra e della staticità come assenza di movimento e dinamicità, blocco rispetto al cambiamento e alla creatività.

Il personaggio di Tristezza è stato collocato, nell'ambiente, al riparo dalla luce del sole, in un angolo nascosto alla vista dei bambini. Durante tutta la scena ha mantenuto una posizione seduta e immobile. Per quanto riguarda l'espressione della tristezza si sono utilizzati il pianto, sicuramente l'aspetto più emblematico della tristezza, lo sguardo incupito e l'assunzione di una postura che segnala chiusura relazionale, assenza di movimento, staticità fisica e corporea.

Nella fase di discussione relativa alla scena, sono emerse diverse situazioni in cui i bambini hanno sperimentato tale emozione, in modo particolare durante la quarantena. Alcuni si sono sentiti soli, senza nessuno che li ascoltasse; hanno sperimentato tristezza quando si sono sentiti presi in giro o discriminati per alcune caratteristiche fisiche o caratteriali. L'esclusione è stata riconosciuta come una condizione che, se esperita, attiva l'emozione della tristezza. Situazioni conflittuali con amici e fratelli provocano uno stato d'animo negativo. Quindi, è emerso che in tutte quelle situazioni in cui la dimensione relazionale viene turbata, o risulta assente, la tristezza prevalga sulle altre emozioni.

La fase successiva è stata orientata all'individuazione di strategie di regolazione emotiva rispetto alla tristezza. È emersa l'importanza che assume la relazione. Infatti, nel momento in cui si è tristi, riconoscere la significatività delle relazioni e valorizzare lo stare insieme sono considerati elementi fondamentali. Il sostegno e l'aiuto dati dagli altri sono bisogni che vengono avvertiti come necessari per uscire dalle situazioni di isolamento. Costruire nuove relazioni può essere una strategia per ampliare la propria rete sociale cosicché funga da fattore protettivo. Tutti questi aspetti richiamano l'immagine del ridare colore, nucleo centrale dell'oggetto speciale richiesto per avvicinarsi a Tristezza.

La seconda emozione incontrata è stata la paura. Nel rappresentare tale emozione è emersa l'immagine di qualcosa che porta a nascondersi e cercare protezione o a evitare l'oggetto scatenante la paura. Dare una forma umana alla paura e all'oggetto che la suscita, non solo il Covid-19, per discuterne gli antecedenti e le conseguenze in gruppo diventa, quindi, di primaria importanza per evitare che questa emozione si tramuti in angoscia, e per rendere le sue manifestazioni sopportabili e gestibili a livello conscio ed emotivo-inconscio.

Il personaggio raffigurante tale emozione si è mostrato timoroso, isolato, paranoico e distante dall'altro, alla ricerca di sicurezza: scappava dai bambini, si rifugiava in

un nascondiglio coperto da una scatola di cartone, ed era protetto con casco e camicia medico. Il tremolio, le urla di spavento, lo sguardo basso, il viso nascosto e un atteggiamento di agitazione sono stati gli aspetti espressivi che hanno caratterizzato l'incontro con Paura.

Nella fase di rielaborazione con il gruppo, sono emersi diversi oggetti di timori tipicamente infantili, tra cui il buio, i mostri, gli insetti e il sangue, ma anche aspetti strettamente connessi al periodo di pandemia, ossia il dolore, la morte e il coronavirus.

La fase orientata all'individuazione di strategie di regolazione emotiva ha fatto emergere l'importanza di cercare protezione e accoglienza dalle relazioni significative. La cooperazione nel gioco e la condivisione delle proprie paure permettono di sentirsi meno soli e sono fonte di incoraggiamento. Infatti, proprio quando i bambini hanno mostrato le loro paure attraverso l'oggetto speciale, Paura ha superato le diffidenze per ascoltarli e farne la conoscenza. Nuovamente è emersa l'importanza che assume la relazione come luogo di libertà rispetto all'espressione dei propri stati emotivi.

La terza emozione incontrata è stata la rabbia. Nell'elaborare un'immagine relativa alla rabbia sono emerse in particolare le seguenti rappresentazioni: l'impulsività, ovvero l'agire senza filtri, senza preoccuparsi delle conseguenze, solo focalizzandosi su ciò che fa arrabbiare; l'esplosività, una reazione immediata, rapida ed improvvisa; l'attacco, definito come azione mossa verso l'altro, sia dal punto di vista verbale sia comportamentale.

La parte espressiva ha visto la messa in scena di aspetti simbolici e caratteristici della rabbia: urla, agitazione, corsa forsennata, sguardo aggressivo, chiusura e silenzio. Il personaggio si è trovato a utilizzare soprattutto l'agito e meno il pensiero. L'incontro con i bambini, il loro incuriosirsi e la loro capacità di porre domande, ha permesso al personaggio Rabbia di spiegare loro quello che stava vivendo, stimolandone il riconoscimento.

Ai bambini, poi, è stato chiesto se avessero mai avuto occasione di sperimentare la rabbia. Tra le varie questioni, sono emerse diverse dinamiche di relazione: il fratellino che ruba il gioco, l'invasione dei propri spazi da parte di altri, insulti o discussioni. Tra le tematiche è emersa anche la «quarantena»: il non uscire, il non poter fare. Il bambino è dinamico e ha bisogno di correre, saltare, giocare, di muoversi. Il fermarsi lo ha infastidito e ha fatto vivere la rabbia.

Nella fase di rielaborazione è emerso quanto la rabbia sia espressione di un bisogno, spesso manifestato in modo disfunzionale, rischiando di allontanare l'altro e non farsi comprendere. Quando il bambino è guidato e aiutato, riconosce i propri e gli altrui bisogni e interviene. Nella scena i bambini, infatti, si sono dimostrati capaci di cogliere le esigenze di Rabbia riuscendo, così, a rispondervi utilizzando l'oggetto speciale.

L'ultima emozione affrontata è stata la gioia.

Tale emozione è stata simboleggiata attraverso i colori: richiama l'immagine di un arcobaleno che arricchisce di sfumature emotive l'umore e la vita. Altre immagini sono la luce del sole come vitalità e fonte di calore umano, relazionale; dinamismo, opposto alla staticità tipica della tristezza, che diventa creatività e cambiamento; e gioco in quanto attività di divertimento che favorisce la condivisione e la relazione. Si è voluto esprimere la gioia attraverso il sorriso, la risata e l'ilarità. Il corpo si è colorato di movimento, la postura si è aperta all'altro e ha trasmesso uno slancio simboleggiato dall'esultanza.

Nella fase di discussione sulla scena, sono emerse diverse situazioni in cui i bambini hanno sperimentato tale emozione, in modo particolare durante la quarantena. Tutte quelle situazioni in cui la dimensione relazionale viene esaltata e valorizzata sono associate alla gioia, in particolar modo le situazioni di gioco, di sport e dello stare insieme sono inebriate dal divertimento. Andare in vacanza, ricevere regali, riconoscimenti per i meriti fanno sperimentare contentezza in quanto situazioni in cui ci si sente visti dall'altro, riconosciuti e valorizzati.

La fase successiva della discussione è stata orientata al trovare strategie di regolazione emotiva rispetto alla gioia. È emersa, ancora una volta, l'importanza che assume la relazione. Infatti, fondamentale risulta essere la sua condivisione perché permette la diffusione dell'emozione che diventa contagiosa. Riscoprire il valore della relazione permette un riavvicinamento sociale. La gioia è stata riconosciuta come l'emozione capace di unire e far insieme le cose, e quindi creare momenti di condivisione e cooperazione che possano aiutare nel fronteggiamento delle altre emozioni.

Come già esposto precedentemente, dunque, il gioco può fungere da motore creativo, in particolare nel corso del progetto ha consentito di sperimentare un nuovo modo di stare insieme a fronte del periodo di chiusura relazionale. Il progetto si è posto come ponte tra il periodo di *lockdown* e il ritorno al sociale, ha rappresentato uno dei primi momenti in cui i bambini sono tornati alla vita comunitaria, ha permesso quindi di aiutare l'elaborazione delle emozioni sperimentate durante il periodo di quarantena facilitando il benessere soggettivo e gruppale.

Rispetto all'obiettivo proposto dal progetto di stimolare il riconoscimento e l'espressione delle emozioni, si evidenzia come nell'incontro con l'emozione impersonificata dall'operatore, i bambini si siano mostrati contagiati dallo stato emotivo veicolato dal personaggio; si sono rispecchiati nell'emozione osservata. Si è colta, ad esempio, nell'incontro con Tristezza una diffusione dell'umore del personaggio anche negli atteggiamenti dei bambini che si sono seduti a terra assumendo espressioni demoralizzate. Con Gioia, tutti saltavano e correvano con l'operatore, raccontavano barzellette e storie divertenti.

Aspetto caratterizzante il percorso proposto e specificatamente di matrice adleriana, è stato un setting destrutturato che ha consentito allo psicologo di uscire dal proprio studio ed esercitare sul territorio: un ruolo professionale nuovo, diverso rispetto alla classica attività clinica svolta in un setting formale.

Lo psicologo entra in azione sul campo, nell'ambiente di vita quotidiana dei bambini incontrando anche la cultura del territorio di appartenenza. Il progetto ha avuto come destinatari diretti i bambini con cui si è lavorato in gruppo, ma cercando di non trascurare la dimensione individuale del singolo e nemmeno le ricadute comunitarie.

È stato riscontrato un limite nella differenza d'età all'interno del grande gruppo. I bambini, infatti, hanno mostrato diverse capacità di elaborazione e mentalizzazione. I bambini più grandi faticavano maggiormente ad accogliere la dimensione finzionale della storia ed erano invece più attivati e coinvolti nelle proposte ludiche, soprattutto se di movimento. Un altro limite si è riscontrato nei tempi dettati dalla committenza, una dilatazione dei quali avrebbe permesso di raggiungere gli obiettivi con maggiore elasticità.

Alcune dinamiche emotivo-relazionali emerse durante il progetto hanno riguardato gli operatori in prima persona. Il rapporto con i partecipanti è stato diretto ed immersivo, e per quanto fosse necessario un distanziamento sociale per motivi di sicurezza, si è palesata nelle attività ludiche un'attivazione corporea condivisa con i bambini. La dimensione finzionale dell'attività ha esaltato la recita come strumento per concretizzare le emozioni su cui si voleva discutere. Ogni emozione, rappresentata da un personaggio che ne portava lo stesso nome, si presentava vestita con un costume appositamente pensato dagli organizzatori.

I costumi non solo hanno introdotto degli elementi simbolici che hanno poi proposto degli spunti riflessivi (come ad esempio le lacrime di Tristezza), ma hanno anche permesso agli operatori, ogni volta, di interpretare meglio il ruolo assunto. Infatti, così come la maschera permette al teatrante di esprimere meglio le proprie emozioni per interpretare il suo personaggio, così i costumi hanno consentito di dare maggior risalto alle emozioni dell'operatore che le metteva in scena.

Le recite non erano rappresentate su un palco distante, ma erano inscenate tra i partecipanti, la cui parola era pure inclusa nelle sequenze finzionali e contribuiva alla raffigurazione del personaggio di turno. In questo modo, non c'era distanza tra operatori e bambini, ma si cooperava per realizzare congiuntamente il contenuto da mettere in scena. In tal senso, anche la preparazione e la costruzione del percorso avveniva in maniera fenomenologica: gli operatori analizzavano i contenuti della giornata e le dinamiche emerse così da proporre attività o giochi su misura del gruppo incontrato.

La scelta dell'emozione da rappresentare era correlata, anche, ad elementi propri dell'operatore, suoi atteggiamenti e controatteggiamenti da poter mettere in scena,

esprimere. Tristezza, Rabbia, Paura e Gioia non erano quindi solo architetture emotive, ma dinamiche cosce ed inconse proprie della persona in quel momento mascherata. L'emozione diveniva corpo perché sintonica con chi la agiva. In questo senso, il gioco e il "come se" hanno permesso agli adulti di ritornare ad uno stato espressivo spontaneo, come quello dei bambini incontrati. Le emozioni proprie degli operatori vissute durante le ore di attività non sono state confinate esclusivamente nella maschera che recitavano.

Alcune caratteristiche dei partecipanti risuonavano nell'animo degli psicologi in modi soggettivi: come in una formula chimica, alcuni elementi dei bambini si combinavano nei promotori in maniera armonica, altri con conseguenze tumultuose. Non è stato difficile assumere un fare amichevole con chi aveva caratteristiche affabili, così come è successo di condividere in équipe commenti più aspri verso i fanciulli con atteggiamenti meno desiderabili.

Sono emersi aspetti controtransferali sia positivi che negativi, che non hanno però inficiato lo svolgimento del percorso. Tali controatteggiamenti hanno aiutato gli operatori a modulare il loro comportamento con tutti i partecipanti. Inoltre, il clima generale di divertimento e ilarità è stato coinvolgente anche per gli psicologi, che si sono dunque trovati a giocare direttamente con il loro corpo e a mettere in discussione le loro emozioni, proponendo un intervento sia partecipativo che osservante ed operante.

## V. *Conclusioni*

I bambini crescono immersi nelle paure: fantasmi, buio, insetti, temporali, ladri, ecc. Alcune con il tempo scompaiono lasciando il posto alle nuove legate al loro crescere: la scuola, i compagni, i genitori che litigano.

A queste paure antiche si aggiungono paure nuove, quali le mascherine, le distanze, le mani pericolose da disinfettare, il virus che contamina. Anna Oliverio Ferraris mette in evidenza quanto i bambini entrino in risonanza con le paure degli adulti: se la loro figura protettiva va nel panico, si genera insicurezza. Ecco perché, sia nel linguaggio che nel comportamento, le figure di attaccamento devono mostrarsi il più possibile serene. I bambini hanno bisogno di adulti sicuri che sappiano padroneggiare la situazione e siano capaci di controllarla [18]. I timori non curati potrebbero trasformarsi in fobie di stare e socializzare con gli altri, di uscire e incontrare altre persone.

Gli adulti hanno il compito di manifestare tranquillità con la fiducia e la certezza che anche i più piccoli siano ricchi di risorse e potenzialità. In queste situazioni è auspicabile arginare, per quanto possibile, notizie e immagini televisive, a favore del *movimento*, dello stare all'aperto, del correre, saltare, evitando il più possibile la sedentarietà [14].

## Bibliografia

1. ADLER, A. (1908), *Das Zärtlichkeitsbedürfnis des Kindes*, in ADLER, A. FURTMÜLLER, C. (a cura di, 1914), *Heilen und Bilden: Ärztlich-pädagogische Arbeiten des Vereins für Individualpsychologie*, tr. it. Il bisogno di tenerezza del bambino, *Riv. Psicol. Indiv.*, 59: 7-15.
2. ADLER, A. (1927), *Menschenkenntnis*, tr. it. *La conoscenza dell'uomo nella Psicologia Individuale*, Newton Compton, Roma 1975.
3. ADLER, A. (1930a), *The Science of Living*, tr. it. *La Scienza del Vivere*, Edizioni Universitarie Romane, Roma 2012.
4. ADLER, A. (1930b), *Die Seele des Schwereziehbaren Schülkindes*, tr. it. *Psicologia del bambino difficile*, Newton Compton, Roma 1973.
5. ADLER, A. (1930c), *The Education of Children*, tr. it. *Psicologia dell'educazione*, Newton Compton, Roma 1975.
6. ADLER, A. (1933), *Der Sinn des Lebens*, tr. it. *Il senso della vita*, De Agostini, Novara 1990.
7. ANSBACHER, H. L., ANSBACHER, R. R. (1956), *The Individual Psychology of Alfred Adler*, tr. it. *La Psicologia Individuale di Alfred Adler*, Martinelli, Firenze 1997.
8. BOCCI, F. (a cura di, 2019), *Dentro il videogioco. Viaggio nella psicologia dei videogiochi e nei suoi ambiti applicativi*, Ananke Lab, Torino.
9. BLUMSTEIN, D. T. (2020), *The Nature of Fear. Survival Lessons from the Wild*, Harvard University Press, Cambridge.
10. CAPUA, I. (2020), *Ti conosco mascherina*, La Coccinella, Milano.
11. ELLENBERGER, H. F. (1970), *The Discovery of the Unconscious*, tr. it. *La scoperta dell'inconscio*, Bollati Boringhieri, Torino 1972.
12. FERRIGNO, G. (2004), L'intersoggettività fra "Adlerismo" e "Teoria della mente", Editoriale, *Riv. Psicol. Indiv.*, 56: 3-8.
13. FERRIGNO, G. (2006), Alfred Adler e la mente relazionale, *Riv. Psicol. Indiv.*, 59, 3-6.
14. FRANCO, B. (2020), *Tante paure, senza paura. 13 storie per bambini coraggiosi*, Gribaudo, Milano.
15. GHIDONI, C. (2019), Prefazione, in BOCCI, F. (a cura di, 2019), *Dentro il videogioco. Viaggio nella psicologia dei videogiochi e dei suoi ambiti applicativi*, Ananke Lab, Torino.
16. MAGGI, M. (2006), *L'educazione socio-affettiva nelle scuole*, Berti, Parma.
17. MCGONIGAL, J. (2014), *Reality is Broken. Why Games Make us Better and How They Can Change the World*, The Penguin Press, New York.
18. OLIVERIO FERRARIS, A. (2013), *Psicologia della paura*, Bollati Boringhieri, Torino.
19. PAGANI, P. L. (2002), *Piccolo lessico adleriano. Dizionario argomentato dei lemmi e delle locuzioni della Psicologia Individuale*, Istituto Alfred Adler di Milano, Milano.
20. PAGANI, P. L. (2003), Dal bisogno primordiale alle istanze differenziate: dal "senso sociale" al "sentimento sociale", *Riv. Psicol. Indiv.*, 53: 25-29.

21. PAGANI, P. L. (2006), Dalla pulsione aggressiva al sentimento sociale: sulle tracce del pensiero di Adler, *Riv. Psicol. Indiv.*, 60: 5-36.
22. PANKSEPP, J., BIVEN, L. (2012), *The Archeology of Mind: Neuroevolutionary Origins of Human Emotion*, tr. it. *Archeologia della mente*, Raffaello Cortina, Milano 2014.
23. PARENTI, F. (1983), *La psicologia individuale dopo Adler*, Astrolabio, Roma.
24. SIEGEL, D. J. (1999), *The Developing Mind: Toward a Neurobiology of Interpersonal Experience*, tr. it. *La mente relazionale. Neurobiologia dell'esperienza interpersonale*, Raffaello Cortina, Milano 2013.

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

Flavio Attanasio  
Via Don Milani 15  
I-25030 Coccaglio (BS)  
E-mail: flavioattanasio@libero.it

Paola Bonenti  
Via Giovanni Segà 10/A  
I-25135 Brescia  
E-mail: paolabonenti.psi@gmail.com

Marta Santini  
Via Moretto 3  
25020 Offlaga (BS)  
E-mail: martasantini.psi@gmail.com

Luca Soregaroli  
Via Giuseppe Mazzini 24  
I-25027 Quinzano d'Oglio (BS)  
E-mail: soregaroli.dott.luca@gmail.com

Giuseppe Virgilio  
Via Gramsci 123/N  
I-25021 Bagnolo Mella (BS)  
E-mail: giuseppevirgilio@live.it

## **Lutto fisiologico e lutto patologico durante la pandemia di Covid-19: uno studio sperimentale**

ANDREA BOVERO, ALESSANDRA LORETA CITO, CHIARA TOSI

*Summary* – PHYSIOLOGICAL AND COMPLICATED GRIEF DURING COVID-19 PANDEMIC: AN EXPERIMENTAL STUDY. In the early 2020 a new coronavirus, Sars-Cov-2, has spread all over the world causing the current pandemic situation. The current social distancing has changed the way people die and may influence the grief of COVID-19 patients' caregivers. The aim of this study was to investigate the possible predictor factors of complicated grief disorder in a preliminary sample of 31 caregivers of patients died six months earlier, because of COVID -19. The 48.4% of the sample met the criteria of complicated grief. Being single or widowed and have lived during the lockdown alone, or only with the partner or with the child/children and feeling guilty of having survived to the loved ones have been associated with the presence of complicated grief. On the contrary, having attended the funeral was a protective factor for the development of complicated grief. In this sense, the social support, and the occasions of sharing emotional experiences seemed to have a protective function against the development of complicated grief. As underlined by the Individual Psychology, the Social Feeling is a core element and a protective factor in facing an experience such as that of the pandemic and the loss of loved ones for COVID-19.

*Keywords:* LUTTO, COVID-19, CAREGIVERS, SENTIMENTO SOCIALE

### *I. Introduzione*

Con il termine COVID-19, dalla fine del 2019, si è imparato a familiarizzare con un quadro clinico assimilabile a una malattia infettiva di tipo respiratorio, causata dal virus denominato SARS-CoV-2, appartenente alla famiglia dei coronavirus.

La principale modalità di trasmissione del virus avviene mediante i *droplets* (emissione di secrezioni respiratorie e salivari in forma di goccioline), trasferite dal soggetto contagiato tramite via aerea (starnuto e tosse) o tramite contatto diretto personale o per mezzo delle mani (tocandosi naso e bocca dopo aver preso contatti con superfici infette) [64].

A partire dal 30 gennaio 2020, l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha dichiarato lo stato di emergenza sanitaria pubblica, portando all'attuazione di politiche restrittive e serrate in tutto il mondo [36]. Tali restrizioni hanno avuto una risonanza significativa sull'esistenza di ciascun individuo.

Molti paesi hanno ridotto la possibilità di viaggiare, di muoversi all'interno ma soprattutto verso i paesi esteri, se non per motivi di natura essenziale; i mercati finanziari sono stati gravemente colpiti, impattando negativamente sul benessere economico di molti nuclei familiari; l'isolamento e le restrizioni sociali quali mezzi di tutela contro il contagio, hanno avuto un peso rilevante sul benessere psicologico degli individui affetti da COVID e non solo su di essi.

L'11 marzo 2020 sempre l'OMS ha dichiarato lo Stato di Pandemia. Nel primo trimestre del 2020, l'Italia è risultata uno dei Paesi europei più colpiti. L'Istituto Nazionale di Sanità ha registrato nel periodo coincidente con l'inizio del seguente studio (settembre 2020) 35.894 decessi (ISS, 2020).

L'incremento dei contagi ha sicuramente messo a dura prova, e continua a farlo, il sistema sanitario nazionale. All'interno degli ospedali, sovraccaricati e quasi al collasso, si sono dispiegati vari livelli di cura e di assistenza adeguati agli specifici quadri clinici dei pazienti. Inoltre, sono state adottate straordinarie misure restrittive per quanto concerne gli accessi e le visite dei caregivers, la sospensione di esami strumentali e di visite ritenute "non urgenti" e si è cercato di privilegiare il lavoro in smart-working, nello specifico per le figure sanitarie, la cosiddetta telemedicina [32].

La pandemia ha quindi causato delle modificazioni importanti nella vita di ciascuno, allontanando l'uomo dai propri simili e rendendo difficoltosa l'assoluzione di quelli che sono i compiti vitali secondo la visione adleriana: l'amore, la vita sociale e il lavoro. *"L'uomo ha potuto evolvere e sussistere nel suo rapporto cosmico solo operando insieme ai suoi simili, provvedendo alla comunità in senso fisico e psichico, partecipando alla divisione del lavoro e operando con diligenza"* (3, p.36). Le capacità di resilienza, i mezzi di salvaguardia sono quindi messi a dura prova dalle attuali contingenze.

Diversi studi stanno dimostrando gli effetti della pandemia in termini psicologici. In uno studio condotto da Wang nel 2020 su 1210 soggetti cinesi, il 53,8% presentava sintomi da moderati a gravi di ansia (28,8%), depressivi (16,5%), stress (8,1%) [62].

Una ricerca condotta da Rossi e collaboratori nel 2020 in Italia su un campione di 18147 soggetti ha permesso di evidenziare la presenza di una sintomatologia post-traumatica (37%), di una sintomatologia riconducibile a disturbo dell'adattamento (22,9%), di ansia (20,8%), di stress (21,8%), di depressione (17,3%) e di insonnia (7,3%) [52].

Anche Brooks ed altri autori (2020) hanno osservato che l'isolamento fiduciario e la quarantena possono compromettere il benessere psichico, causando l'esacerbazione di sintomatologia depressiva, ansiosa e stress [19]. Inoltre, come dimostrato nella recente letteratura, gli aspetti psicologici che, nell'incontro con il COVID-19, vengono messi a dura prova riguardano sia i pazienti, sia i caregivers, sia gli operatori sanitari ribadendo come questa esperienza comunitaria sia da considerare in un'ottica biopsicosociale-esistenziale [17].

Secondo la visione adleriana, non è possibile comprendere l'individuo se non all'interno del proprio contesto sociale, in continua interazione con l'ambiente [54].

La famiglia, a sua volta, definita in termini di costellazione, è costituita da elementi (o membri) legati gli uni agli altri, secondo linee che ne determinano la distanza e al contempo la direzione. Questi legami recano in sé la specificità e l'unicità di ciascun nucleo familiare [45]. Ogni membro, a sua volta, conserva la propria individualità e la possibilità di sviluppare il proprio personale progetto di vita. Il nucleo familiare non va concepito come una cellula a sé stante ma in interazione con il contesto, in un rapporto basato su scambi continui, quali fonti di reciproci arricchimenti [10].

Da queste concezioni deriva quindi la necessità di estendere l'interesse rispetto agli effetti psicofisici della pandemia dal paziente all'intero nucleo familiare coinvolto. Infatti, l'impatto psicologico della pandemia non è solamente riscontrabile nel paziente contagiato ma anche nei caregivers dello stesso. Il COVID-19 ha sicuramente modificato la presa in carico, le modalità di assistenza del malato, la partecipazione alla sofferenza, l'approccio rispetto alla morte e al morire, il lutto e la possibilità di elaborazione dello stesso da parte dei familiari [46].

Gli incontri tra pazienti e i propri cari, le conversazioni scambiate in prossimità del letto dell'ammalato, la possibilità di decidere dove trascorrere i propri ultimi momenti di vita (casa, hospice), sono stati spazzati via e sostituiti da conversazioni realizzate online, senza la possibilità di un ultimo saluto e di un ultimo abbraccio [17].

Per i caregivers vi è la rinuncia ai rituali (la possibilità di essere accanto al paziente negli ultimi momenti di vita, poter salutare un'ultima volta il proprio caro, la veglia e il rito funerario collettivo), fonti generalmente di supporto, di conforto e protettivi rispetto alle fasi successive alla perdita. Tale rinuncia non fa altro che acuire i vissuti di isolamento, di perdita e di disperazione [46].

La morte di un congiunto è considerata una delle maggiori fonti di stress lungo l'intero ciclo di vita e fattore di rischio per il benessere psicofisico di chi resta accanto al defunto [31, 60]. Per quanto concerne la salute mentale, in generale le stime parlano di un 7-10% della popolazione che può sviluppare un disturbo di lutto complicato [29, 33, 40, 42, 60].

L'attuale pandemia ha sicuramente inciso sul processo fisiologico di elaborazione del lutto da parte dei caregivers, favorendo nel 52% dei casi (stando ad uno studio condotto da Pattison e collaboratori nel 2020) lo sviluppo di un disturbo da lutto complicato dopo sei mesi dal decesso del proprio congiunto [50].

La probabilità di sviluppare un disturbo da lutto persistente complicato dipende da numerose variabili: la natura del legame con il defunto; le modalità con cui è avvenuto il decesso (morte improvvisa, violenta o traumatica); luogo del decesso (ospedale e

nello specifico unità di terapia intensiva); la mancanza di una preparazione all'evento luttuoso; specifiche caratteristiche personologiche; una familiarità e una storia di malattia psichiatrica; la mancanza di supporto sociale; aspetti culturali ed economici [23, 42, 43, 51]. Nella specificità dell'attuale pandemia, a questi fattori si aggiungono l'impossibilità di dire addio al proprio caro, la spesso carente e difficile comunicazione tra operatori sanitari e familiari e caratteristiche connesse al ricovero del paziente: essere intubato, avere un declino progressivo e precipitoso sino al decesso, il ricovero molto lungo in unità di terapia intensiva [17, 46].

L'intensa sofferenza connessa alla perdita della persona amata che può esprimersi con tristezza, crisi di pianto, disforia, ritiro sociale, ricordi ed immagini intrusive della persona scomparsa (fase di lutto acuto), tende ad esaurirsi in termini di intensità con il passare del tempo [61, 63]. Il tempo di risoluzione stimato per la reazione fisiologica al lutto va dai 6 ai 12 mesi. Tuttavia, la mancata risoluzione del dolore connesso alla perdita, può causare lo sviluppo di un Disturbo da lutto persistente complicato [4, 30, 34, 48, 57]. Quest'ultimo può essere definito come prolungamento del normale processo legato al lutto e può produrre effetti negativi sulla qualità di vita del *primary caregiver* e della famiglia [40].

È quindi possibile ipotizzare che le restrizioni attuali e gli effetti che ne derivano (isolamento, mancanza di contatto fisico e di un adeguato supporto emotivo) ai quali si aggiungono la mancata preparazione alla morte del proprio caro, la cessazione dei rituali e delle pratiche funerarie [20, 44], l'impotenza e la vulnerabilità da parte dei caregivers, possano determinare la comparsa di distress, vissuti di colpa e di paura [39, 65]. La mancanza di strategie di *coping* adeguate, tese a fronteggiare il dolore connesso alla perdita, può relegare il caregiver in uno stato di fragilità, favorendo lo sviluppo di un Disturbo da lutto persistente complicato.

La minaccia della morte sull'uomo e il processo di decadimento fisico connesso sono considerati dalla Psicologia Individuale come un aspetto importante dell'inferiorità umana, a cui si tende a reagire sin dalla prima infanzia. La prossimità della morte può accentuare nel paziente la distanza dal mondo comune, con l'esaurirsi del Sentimento Sociale o con un disequilibrio tra questo e la Volontà di Potenza [5, 11].

Non è insolito ritrovare nei pazienti in fase terminale il desiderio di morte, quale estrema difesa rispetto ad un'insopportabile sofferenza, come liberazione dall'angoscia e affermazione di sé stessi sul male [14, 37]. La morte, per i pazienti con malattie gravi (malattie neurodegenerative, cancro o come in questo caso il COVID) può rappresentare la soluzione, solo per chi esaurisce o sente fortemente limitato il suo sentimento sociale, di fronte ad un problema irrisolvibile [5, 14].

Il parente è invece attraversato da sentimenti di scoraggiamento, di rabbia e di impotenza, accentuati dalla distanza fisica ed affettiva dal proprio caro [10].

Il distanziamento e le ulteriori modalità di contenimento del contagio rischiano quindi di annichilire anche il Sentimento Sociale del familiare stesso, elemento fondamentale dell'esperienza esistenziale. Il sentimento sociale funge da istanza aggregante il sé: connette le parti biologiche e psichiche all'interno dell'individuo e al contempo avvicina il soggetto ai suoi simili. Non si tratta soltanto di uno stato affettivo, ma di qualcosa di più: è un atteggiamento valutativo verso la vita (*Lebensform*) [5]. Nasce da un legame affettivo primario e determina un "bisogno" di cooperazione e di partecipazione emotiva con i propri simili [5].

Di fronte a tali difficoltà, il terapeuta quindi, estendendo la presa in carico dal paziente al nucleo familiare, in un'ottica biopsicosociale, all'interno di un dialogo di clima e «distanza» in cui il paziente può a sua volta identificarsi nel terapeuta [53], può riattivare il Sentimento Sociale del *caregiver*, mettendo a disposizione il proprio, in un processo di identificazione e controidentificazione [15].

Egli si prende cura globalmente del *caregiver* scoraggiato mediante l'utilizzo di strategie fondate sul principio dell'incoraggiamento, aiutandolo ad affrontare la crisi esistenziale, il lutto anticipatorio e preparandolo ai cambiamenti indotti dal lutto reale [17, 55]. L'incoraggiamento del terapeuta si farà spazio in ogni momento del dialogo. Da esso deriva la disponibilità del terapeuta ad aiutare, in un'ottica di vicinanza rispetto al paziente (in questo caso il *caregiver*). Quest'ultimo, a sua volta, potrà portare nella relazione con il terapeuta la profonda convinzione (finzione rafforzata) che la vita e il mondo gli siano ostili [1, 13].

Le premesse fino ad ora esposte, e la carenza di ricerche basate su dati di tipo quantitativo, ci hanno spinti ad intraprendere il seguente studio. Esso si propone di valutare, in chiave adleriana, la risposta psicologica dei *caregivers* di fronte alla perdita di un loro congiunto per COVID-19. Nello specifico si vogliono studiare i fattori predittivi maggiormente predisponenti al disturbo da lutto persistente complicato in un campione di *caregivers*, a sei mesi dal decesso di un proprio familiare colpito da COVID-19.

## II. *Metodi*

Nel periodo tra Settembre e Novembre 2020, presso l'A.O.U. "Città della Salute e della Scienza" di Torino, è stato reclutato un sub-sample complessivo di 31 *caregivers* che hanno perso il proprio caro per COVID-19 almeno sei mesi prima. Il suddetto campione è stato individuato a partire dal campionamento di un precedente studio, in fase di pubblicazione, che ha coinvolto i *caregivers* di pazienti ricoverati per Covid-19 nel periodo tra Marzo e Maggio 2020 [21]. Del numero iniziale di 61 partecipanti individuati come idonei, solo il 51% ha risposto completando il questionario.

I criteri di inclusione per i partecipanti erano: essere maggiorenni, essere stato *caregiver* di un paziente affetto da COVID -19, aver subito il decesso del proprio caro per

COVID-19 almeno sei mesi prima dal reclutamento, comprendere ed essere in grado di esprimersi correttamente in lingua italiana.

Una volta identificati i caregivers che hanno soddisfatto i criteri di inclusione, sono stati contattati telefonicamente per chiedere loro la disponibilità alla partecipazione allo studio di ricerca ed è stata fornita la duplice possibilità di compilare telefonicamente il questionario con l'ausilio del valutatore psicologo o di compilare lo stesso questionario tramite un form su una piattaforma online, al quale è stato possibile accedere tramite apposito link inviato successivamente via e-mail.

Per ogni partecipante è stato raccolto il consenso alla partecipazione e alla raccolta dei dati tramite il modulo di consenso informato. Tutte le informazioni socio-demografiche raccolte e il questionario composto dalle rating scale sono stati somministrati garantendo l'anonimato dei partecipanti.

Tutte le procedure eseguite in questo studio sono state ritenute conformi agli standard etici dei Comitato Etico Interaziendale "A.O.U. Città della Salute e della Scienza di Torino - A.O. Ordine Mauriziano - A.S.L. Città di Torino".

### III. *Strumenti*

Tutti i partecipanti hanno compilato un'iniziale parte di un questionario contenente i dati socio-demografici e clinici. Il questionario è stato creato ad hoc per identificare le principali caratteristiche del campione di ricerca.

Inoltre ai partecipanti sono state poste domande relative al periodo di lockdown, alle loro condizioni medico-sanitarie in caso di contagio da COVID-19 (compresa la necessità di ricovero ospedaliero o la quarantena) e alle condizioni psicologiche e al senso di colpa dopo la morte del paziente.

Nello specifico, quest'ultimo è stato analizzato utilizzando una domanda costruita ad hoc: "Quanto si sente colpevole che la persona amata sia morta e lei sia ancora vivo/a?" alla quale era possibile rispondere su una scala Likert a dieci punti. Questa domanda prende spunto da uno specifico item riferito al senso di colpa inserito nella "Bereavement Guilt Scale" creata da Li e colleghi [38] in relazione al senso di colpa connesso alla morte del proprio caro.

Successivamente, il questionario era composto dalle versioni italiane delle seguenti scale di valutazione validate.

#### **Scala dello stress, dell'ansia e della depressione-21 (DASS-21)**

La DASS-21 è una scala di valutazione auto-valutativa progettata per misurare gli stati emozionali di depressione, ansia e stress. Nel presente studio è stata utilizzata la versione italiana della scala validata da Bottesi e colleghi [8].

Il questionario è composto da tre scale, ognuna delle quali contiene sette item, divisi in sottoscale; gli item 3, 5, 10, 13, 16, 17 e 21 indagano la depressione; gli item 2, 4, 7, 9, 15, 19 e 20 valutano l'ansia; gli item 1, 6, 8, 11, 12, 14 e 18 valutano lo stress. Le risposte vengono fornite su una scala Likert a 4 punti (0= mai; 3= quasi sempre).

Nella versione Lovibond e Lovibond DASS-21 [41], lo scoring utilizzato per le differenti sottoscale è il seguente: normale (0-9), lieve (10-12), moderato (13-20), grave (21-27), estremamente grave (28-42) per la depressione; normale (0-6), lieve (7-9), moderato (10-14), grave (15-19) ed estremamente grave (20-42) per l'ansia; e normale (0-10), lieve (11-18), moderato (19-26) grave (27-34) ed estremamente grave (35-42) per lo stress.

### **Inventario del lutto complicato (ICG)**

L'inventario del lutto complicato è uno strumento di auto-valutazione che viene utilizzato per identificare il lutto complicato.

La scala include diciannove item e per ognuno di esso è possibile fornire una risposta che va da 0 a 4, a seconda della frequenza con cui il paziente ha sperimentato la condizione descritta nell'item (0= mai; 1= raramente; 2= a volte; 3= frequentemente; 4= sempre).

La versione utilizzata nella ricerca in corso è la versione italiana validata da Carmassi nel 2014 [22].

### **Questionario sulle relazioni (RQ)**

Il Questionario sulle relazioni (RQ) è una scala auto-compilativa creata per valutare lo stile di attaccamento dell'individuo. È composto da quattro item che descrivono i quattro stili di attaccamento. La validazione italiana utilizzata è quella di Benassi e colleghi [7].

Lo strumento è composto da due parti; nella prima parte, il soggetto deve leggere le quattro descrizioni degli stili d'attaccamento Sicuro, Preoccupato, Timoroso e Distaccato/Svalutante, e scegliere l'alternativa che meglio descrive il suo modo di vivere e sentire le relazioni sentimentali presenti e passate. Nella seconda parte, il soggetto è invitato a segnare, su una scala tipo Likert a sette punti (da 1 = per niente simile a me a 7 = del tutto simile a me), il grado in cui ciascuno dei quattro esempi di attaccamento rispecchia il suo stile generale nelle relazioni.

Lo stile di attaccamento di un individuo viene quindi primariamente valutato considerando il profilo che complessivamente emerge dai punteggi attribuiti ai quattro prototipi (seconda parte del questionario).

Al questionario è stato aggiunto un item finale ("Tra le quattro opzioni, con quale si identifica meglio?") al fine di esaminare lo stile di attaccamento con cui il soggetto si identifica meglio.

### **Scala multidimensionale del sostegno sociale percepito (MSPSS)**

La scala multidimensionale del sostegno sociale percepito (MSPSS) è stata utilizzata per valutare il sostegno sociale e familiare percepito dai partecipanti.

L'MSPSS è una scala di auto-valutazione composta da 12 item per i quali è possibile esprimere il proprio grado di accordo sulla base di una scala Likert a 7 punti (1= non sono d'accordo; 7= d'accordo). La scala indaga tre dimensioni del sostegno sociale percepito relativo alla famiglia, agli amici e agli altri in generale. La validazione italiana utilizzata è quella di Di Fabio e Busoni del 2008 [24].

### ***Analisi statistica***

Al fine di valutare le caratteristiche del campione e dei risultati ottenuti dalla compilazione dei questionari sono state effettuate differenti analisi statistiche. Le variabili continue sono state espresse come la media  $\pm$  standard (SD), mentre le variabili categoriche sono state analizzate come frequenza e percentuale. Il test t di Mann-Whitney o Student, i test esatti di Chi-square e Fisher sono stati utilizzati per confrontare variabili continue e categoriche tra soggetti in base all'assenza o alla presenza di lutto complicato (punteggio ICG). ICG è stato dicotomizzato come 0 (assenza di lutto complicato) o 1 (presenza di lutto complicato) usando un cut-off di 30 punti.

Sono state effettuate analisi di regressione logistica univariata al fine di rilevare la possibile influenza delle variabili demografiche e cliniche alla presenza di dolore complicato (punteggio ICG  $\geq 30$ ).

Il livello di significatività è stato fissato a  $p < 0,05$ . L'analisi statistica è stata eseguita utilizzando R versione 4.0.2.

## ***IV. Risultati***

Complessivamente 61 caregivers sono stati invitati a partecipare al questionario online; 31 dei quali hanno completato l'indagine (tasso di risposta=51%). Il campione è composto da 22 donne (71%) e 9 maschi (29%), con un'età media di 56 anni.

Per quanto riguarda l'esposizione al coronavirus, 9 caregivers su 31 (29%) hanno contratto il COVID-19. Nessuno di loro ha avuto bisogno di un ricovero in ospedale, ma 7 sono stati isolati e hanno sperimentato la paura di infettare i loro cari; di questi, 3 su 9 hanno avuto paura di morire. Tra i 22 caregivers che non hanno contratto il COVID-19, 13 di loro (59%) ha dichiarato che hanno avuto paura di contrarlo. Altre caratteristiche sociodemografiche e cliniche del campione, stratificate dall'assenza o dalla presenza di lutto complicato, sono presentate rispettivamente nella tabella 1 e nella tabella 2.

Il lutto complicato era presente in 15 (48,4%) soggetti (punteggio ICG  $\geq 30$ ). Lo stato civile e la condizione di convivenza o meno durante il lockdown sono stati tra le

variabili che si sono trovate significativamente associate alla presenza di lutto complicato. In particolare, essere single o vedovi ha rivelato un rischio significativamente più elevato di sviluppare un lutto complicato rispetto a quelli sposati o che vivevano insieme a qualcun altro. Inoltre, i partecipanti che hanno vissuto da soli con il proprio partner o da soli con il proprio figlio/figli durante il lockdown hanno avuto un rischio maggiore di subire un lutto complicato rispetto a coloro che vivevano con il proprio partner e il proprio figlio/figli.

Aver avuto l'opportunità di partecipare al funerale è stato un fattore protettivo per lo sviluppo di un lutto complicato. Un altro fattore protettivo è stato rappresentato dal supporto sociale percepito con una riduzione del rischio del 44% per ogni aumento di 1 punto sul punteggio totale MSPSS.

Il senso di colpa percepito è significativamente associato alla presenza di lutto complicato. In particolare, il rischio di lutto complicato è aumentato di oltre il 50% per ogni aumento di 1 punto della scala che valuta il livello di colpa sperimentato dal caregiver. Infine avere un livello di depressione maggiore è stato associato a sperimentare un lutto complicato con un rischio maggiore del 30% per ogni aumento di 1 punto sul punteggio DASS-Depression.

Non è stata osservata alcuna associazione significativa tra la presenza di lutto complicato e lo stile di attaccamento relazionale e i livelli di ansia e stress.

## *V. Discussione*

Questo studio ha voluto indagare in maniera preliminare l'esperienza traumatica del lutto connessa alla pandemia in corso. In tal senso, si sono voluti analizzare i fattori potenzialmente predisponenti all'insorgenza del disturbo da lutto complicato persistente nei caregivers che hanno subito la perdita del proprio caro per la malattia causata da SARS-CoV-2.

La numerosità esigua del campione non permette di generalizzare i risultati ottenuti. Tuttavia il presente studio di ricerca rappresenta un'iniziale riflessione sulle condizioni di vita di chi ha perso una persona cara a causa del COVID-19, utilizzando i concetti della Psicologia Individuale che permettono una lettura complessa e articolata di un'esperienza esistenziale comune a tutti gli individui.

Il primo risultato ottenuto riguardo all'incidenza dell'esposizione al Coronavirus dei caregivers reclutati per lo studio ha messo in luce come l'esperienza diretta di aver contratto il virus e quella indiretta di essere stato esposto e di avere avuto un caro contagiato, hanno attivato dei vissuti psicologici connessi alla fragilità legata alla malattia. In ottica adleriana, l'esperienza di malattia riattiva il sentimento di inferiorità ontologicamente intrinseco all'essere umano [9].

Inoltre, così come sottolineato da Ansbacher e Ansbacher (5, p. 7), «*l'inferiorità è un concetto relativo alle richieste dell'ambiente e alla situazione in generale*». Pertanto la situazione di fragilità connessa al Coronavirus può essere letta come condizione inferiorizzante che incide sull'esperienza non solo individuale ma anche relazionale [17].

I soggetti del campione che hanno contratto il Covid-19 e che hanno vissuto una condizione di isolamento, hanno sviluppato la paura di infettare i propri cari, e alcuni di essi la paura di morire.

La paura di essere veicolo di contagio può essere letta, in ottica adleriana, come espressione del Sentimento Sociale, quale istanza costitutiva dell'individuo e quale attitudine innata così come definita da Adler [2].

La paura di morire, invece, può essere espressione dell'angoscia di morte, radicata nell'esperienza di ognuno. Come sottolineato da Schmidt [56], la morte e il decadimento legati alla malattia, costituiscono una minaccia che mette in luce l'inferiorità umana a cui l'uomo è chiamato a reagire fin dalla prima infanzia. L'esperienza dei caregivers contagiati, sottolinea come questa condizione costituisca un elemento inferiorizzante, che può mettere a dura prova l'equilibrio psichico e relazionale dell'individuo.

I caregivers che non hanno contratto il virus, hanno riferito la paura di contrarlo. Anche questo dato non fa che confermare come l'esperienza, seppur in questo caso indiretta di malattia, possa riattivare il vissuto inferiorizzante.

Il 48% del campione preso in esame, a distanza di sei mesi dalla perdita del proprio caro, presenta elementi di lutto complicato persistente. Alcuni aspetti di vita come la presenza di un partner e le condizioni di convivenza durante il lockdown sono risultati significativamente associati alla condizione di lutto complicato. Nello specifico, la presenza di un partner e la condizione di convivenza con più persone del nucleo familiare hanno costituito fattori di protezione rispetto al rischio di sviluppo del disturbo da lutto complicato persistente. Al contrario, la mancanza di un partner o la convivenza con solo un partner o solo con un figlio/figli, sono risultati elementi connessi maggiormente all'esacerbazione del disturbo suddetto.

Inoltre il dato relativo al supporto sociale percepito mette in luce come all'aumentare dello stesso sia associata una riduzione del rischio dello sviluppo di una sintomatologia riconducibile al lutto patologico.

Questi elementi confermano gli assunti adleriani, secondo i quali, il singolo non può essere considerato se non all'interno del sistema relazionale all'interno del quale è inserito [9].

Inoltre, l'importanza della condivisione dell'esperienza di lockdown e di caregiving, sottolinea la funzione protettiva del Sentimento Sociale, come istanza individuale e collettiva che aggrega e che al contempo protegge dalla frammentazione dell'esperienza emotiva, quale potenziale fattore di rischio nello sviluppo di condizioni psicopatologiche [10, 17].

Come definito da Pagani (49, p. 32), «*se l'individuo "uomo" è relazionale in base alla "logica della vita collettiva" [...] tutte le sue caratteristiche psicologiche si strutturano in funzione dei rapporti con i suoi simili. La vita è cooperazione, confronto, lotta, amore, dedizione: tutte esperienze che implicano una comunicazione interpersonale ed affettiva*», allora è possibile ipotizzare che l'esperienza dei soggetti coinvolti, richiami la centralità della condivisione e del senso di appartenenza come fattori protettivi rispetto al disturbo da lutto persistente e come elementi fondanti dell'esperienza umana di fronte alla fragilità.

L'aver partecipato al rito funebre e di commiato dal proprio caro sottolinea l'importanza della condivisione alla base del Sentimento Sociale. Il rito si rivela per i familiari uno spazio di condivisione del proprio dolore legato alla perdita e favorente il processo fisiologico del lutto. Come dimostrato dalla letteratura [46], l'assenza del rito impedisce di sperimentare il supporto sociale di altri familiari e amici dovuto al distanziamento sociale. In tal senso la presenza o assenza del rito evidenzia il valore protettivo dell'esperienza condivisa, espressione del Sentimento Sociale.

Infine il senso di colpa esperito dal familiare "sopravvissuto" al proprio caro e la presenza di elementi depressivi, sono elementi significativamente riconducibili all'aumentato rischio di sviluppare un lutto patologico. Questi aspetti inferiorizzanti, espressione della fragilità del caregiver, espongono maggiormente allo sviluppo psicopatologico come compensazione rispetto alla fragilità.

Alla luce di queste riflessioni il lutto patologico può essere inteso come una forma di compensazione messa in atto dalla psiche dell'individuo al fine di cercare di mantenere un equilibrio rispetto ad esperienze inferiorizzanti come quelle della perdita. Riprendendo le parole di Ansbacher e Ansbacher (5, p. 7) «*se nell'interazione organismo-ambiente l'equilibrio si altera a sfavore dell'organismo, questo reagisce mediante meccanismi di compensazione. Attraverso il sistema nervoso centrale, la psiche, come parte dell'intero organismo, giocherà il suo ruolo nel processo di compensazione o di mantenimento dell'equilibrio*».

Di fronte dell'esperienza del lutto, risulta necessario garantire e poter attuare percorsi di presa in carico e di lavoro psicoterapeutico che possano fungere da milieu relazionale nel quale permettere al caregiver di sperimentare una differente "esperienza emotiva, partecipativa e incoraggiante".

Questa dualità trasformativa è costituita dalla relazione, contraddistinta da sostegno e contenimento empatico, nella quale il Sé creativo e il Sentimento Sociale del terapeuta fungono da attivatori del processo di incoraggiamento rispetto all'esperienza traumatica del lutto [17, 25]. L'empatia, quale condizione fondamentale dell'incoraggiamento, favorisce la capacità di sintonizzazione da parte del terapeuta con la risposta più adatta al paziente in quel momento [28].

Un intervento possibile in merito al lutto declinato secondo i principi della Psicologia Individuale è la B-APP (*Brief-Adlerian Psychodynamic Psychotherapy*).

Essa rappresenta una specifica tecnica di psicoterapia breve [26], costituita da 10-15 sedute, a cadenza settimanale. Ogni seduta è quindi declinata dalla diade paziente-terapeuta intorno ad un focus tematico, concordato da entrambi e connesso a dinamiche intrapsichiche del paziente [27].

In letteratura, oltre all'approccio adleriano, è possibile ritrovare interventi psicoterapeutici specifici per il lutto basati su assunti di altra matrice teorica. Tra questi, per quanto concerne le terapie cognitive, ne è un esempio la *Complicated Grief Therapy* di Shear [57] basata sugli assunti della teoria dell'attaccamento di Bowlby [18] influenzata dalla psicoterapia interpersonale di Klerman e Weissman [35] e dalla psicoterapia cognitivo-comportamentale di Beck [6]. Si compone di 16 sessioni, ciascuna della durata di 45-60 minuti e include l'utilizzo di tecniche simili a quelle impiegate nell'esposizione prolungata (svolgere un'esposizione in vivo o raccontare più volte la storia della morte). Un altro esempio è la *Grief-Help Therapy* di Spuij ed altri colleghi [59] sviluppata recentemente per il lutto complicato nell'infanzia e nell'adolescenza.

Essa si basa sull'utilizzo di versioni semplificate delle classiche tecniche ad orientamento cognitivo-comportamentale (dialogo socratico, esperimenti comportamentali, l'esposizione in immaginazione e/o in vivo).

Infine un altro tipo di intervento è la *Grief Therapy* proposta da Neimeyer, basata sul processo di ricostruzione dei significati connessi alla perdita avvenuta, attraverso 5 step: la scomposizione della storia, la ri-narrazione della storia, la rivisitazione della storia della perdita, la ricostruzione ed infine l'integrazione dell'evento luttuoso alla propria storia di vita personale [47].

Alla luce di quanto esposto è evidente che i differenti interventi descritti hanno generalmente come obiettivo la risignificazione dell'esperienza del lutto all'interno di una relazione empatica. Nello specifico, gli assunti della Psicologia Individuale e l'importanza del processo di incoraggiamento, della riattivazione del Sentimento Sociale e dell'incontro dei Sé Creativi nella diade terapeutica, risultano adeguati ed efficaci nel rispondere ai bisogni psicologici del caregiver che affronta l'esperienza del lutto.

## VI. Conclusioni

Lo studio in oggetto ha messo in luce l'importanza dei concetti e degli elementi fondanti della Psicologia Individuale rispetto alla lettura dell'attuale esperienza sociale relativa alla pandemia da COVID-19.

La numerosità ridotta del campione non può permettere di considerare rappresentativi i risultati ottenuti. Inoltre questi risultati sono solo la riflessione di una fase del processo di lutto, sia fisiologico che patologico, e in tal senso è auspicabile non solo aumentare la numerosità dei soggetti coinvolti in studi futuri incentrati sul tema trattato, ma valutare l'intero processo con studi di natura longitudinale.

Nonostante i limiti emersi, lo studio sottolinea come l'istanza del Sentimento Sociale, elemento fondante della teoria della Psicologia Individuale, funga da elemento protettivo rispetto a potenziali condizioni patologiche connesse alla perdita.

In tal senso, il terapeuta adleriano (anche in tempo di pandemia), nella presa in carico del caregiver, può fungere da attivatore di elementi protettivi, mediante il proprio Sentimento Sociale. Quest'ultimo, all'interno di una relazione incoraggiante in termini adleriani, può riattivare quello del caregiver, favorendo un nuovo equilibrio tra le istanze psichiche costitutive dell'uomo.

In conclusione di fronte ad un'esperienza inferiorizzante come quella della pandemia e della perdita di persone care per COVID-19, la Psicologia Individuale risulta una cornice teorica e un insieme di pratiche terapeutiche funzionali nella presa in carico del paziente che ha subito un lutto significativo.

seguono tabelle nelle pagine successive



**Tabella 1: Distribuzione della coorte socio-demografica, nel campione complessivo e per presenza di dolore complicato.**

	<b>CAMPIONE COMPLESSIVO N=31</b>	<b>ICG &lt; 30 n=16</b>
<b><i>Età (anni, media ±DS)</i></b>	56 (12.33)	53.63 (11.21)
<b><i>Genere (%)</i></b>		
<b>Femmine</b>	22 (71)	10 (62.5)
<b>Maschi</b>	9 (29)	6 (37.5)
<b><i>Stato Civile (%)</i></b>		
<b>Celibe/Nubile</b>	9 (29.0)	3 (18.8)
<b>Sposato/Convivente</b>	14 (45.2)	11 (68.8)
<b>Separato/Divorziato</b>	2 (6.5)	1 (6.2)
<b>Vedovo/a</b>	6 (19.3)	1 (6.2)
<b><i>Livello di Scolarizzazione (%)</i></b>		
<b>Licenza Media</b>	7 (22.6)	3 (18.8)
<b>Diploma Superiori</b>	15 (48.4)	8 (50.0)
<b>Università</b>	9 (29.0)	5 (31.2)
<b><i>Condizione Professionale (%)</i></b>		
<b>Disoccupato</b>	3 (9.7)	1 (6.25)
<b>Occupato</b>	21 (67.7)	13 (81.25)
<b>Pensionato</b>	7 (22.6)	2 (12.55)
<b><i>Grado di parentela con il defunto</i></b>		
<b>Genitore</b>	11 (35.5)	7 (43.7)
<b>Partner</b>	9 (29.0)	2 (12.5)
<b>Figlio</b>	4 (12.9)	3 (18.8)
<b>Fratello/Sorella</b>	2 (6.5)	1 (6.2)
<b>Zio/Zia</b>	5 (16.1)	3 (18.8)

ICG: Inventory of Complicated Grief, Inventario sul lutto complicato.

segue  
→

	ICG $\geq$ 30 n=15	P-VALUE	OR (95% CI)*	P-VALUE
<b>Età (anni, media <math>\pm</math>DS)</b>	58.60 (13.32)	0.269	1.032 (0.976-1.098)	0.274
<b>Genere (%)</b>				
<b>Femmine</b>	12 (80.0)	0.433	2.211 (0.492-11.357)	0.304
<b>Maschi</b>	3 (20)	-	-	-
<b>Stato Civile (%)</b>				
<b>Celibe/Nubile</b>	6 (40.0)	0.031	6.102 (1.123-40.95)	0.036
<b>Sposato/Convivente</b>	3 (20.0)	-	-	-
<b>Separato/Divorziato</b>	1 (6.7)	-	3.286 (0.215-52.239)	0.367
<b>Vedovo/a</b>	5 (33.3)	-	12.048 (1.652-152.9)	0.013
<b>Livello di Scolarizzazione (%)</b>		1.000		
<b>Licenza Media</b>	4 (26.7)	-	-	-
<b>Diploma Superiori</b>	7 (46.6)	-	0.686 (0.116-3.800)	0.665
<b>Università</b>	4 (26.7)	-	0.636 (0.091-4.140)	0.635
<b>Condizione Professionale (%)</b>		0.330		
<b>Disoccupato</b>	2 (13.3)	-	-	-
<b>Occupato</b>	8 (53.4)	-	0.378 (0.031-3.340)	0.377
<b>Pensionato</b>	5 (33.3)	-	1.320 (0.086-17.587)	0.829
<b>Grado di parentela con il defunto</b>		0.305		
<b>Genitore</b>	4 (26.6)	-	-	-
<b>Partner</b>	7 (46.7)	-	5 (0.86-37.821)	0.074
<b>Figlio</b>	1 (6.7)	-	0.714 (0.056-6.287)	0.766
<b>Fratello/Sorella</b>	1 (6.7)	-	1.667 (0.109-25.892)	0.695
<b>Zio/Zia</b>	2 (13.3)	-	1.19 (0.146-9.024)	0.865

\*associato alla presenza di lutto complicato (ICG  $\geq$ 30).

segue



	<b>CAMPIONE COMPLESSIVO N=31</b>	<b>ICG &lt; 30 n=16</b>
<i>Conviventi durante il lockdown</i>		
<b>Nessuno</b>	9 (29.0)	4 (25.0)
<b>Partner</b>	8 (25.8)	1 (6.2)
<b>Figli</b>	2 (6.5)	0 (0.0)
<b>Partner + figli</b>	9 (29.0)	8 (50.0)
<b>Genitori</b>	2 (6.5)	2 (12.5)
<b>Fratello/Sorella</b>	1 (3.2)	1 (6.2)
<i>Diagnosi conclamata di Covid-19 (%)</i>	9 (29.0)	5 (31.2)
<i>Comunicazione con il caro ricoverato (%)</i>	11 (35.5)	7 (43.8)
<i>Partecipazione al funerale (%)</i>	14 (45.2)	11 (78.6)
<i>Supporto psicologico (%)</i>	5 (16.1)	1 (6.2)

ICG: Inventory of Complicated Grief, Inventario sul lutto complicato.

segue

	<b>ICG <math>\geq</math> 30 n=15</b>	<b>P-VALUE</b>	<b>OR (95% CI)*</b>	<b>P-VALUE</b>
<b><i>Conviventi durante il lockdown</i></b>		0.004		
<b>Nessuno</b>	5 (33.3)	-	6.926 (0.961-85.051)	0.055
<b>Partner</b>	7 (46.7)	-	28.333 (3.141-523.705)	0.002
<b>Figli</b>	2 (13.3)	-	28.333 (1.423-4847.634)	0.027
<b>Partner + figli</b>	1 (6.7)	-	-	-
<b>Genitori</b>	0 (0.0)	-	1.133 (0.007-30.133)	0.944
<b>Fratello/Sorella</b>	0 (0.0)	-	1.889 (0.011-64.149)	0.740
<b><i>Diagnosi conclamata di Covid-19 (%)</i></b>	4 (26.7)	0.546	0.818 (0.176-3.657)	0.792
<b><i>Comunicazione con il caro ricoverato (%)</i></b>	4 (26.7)	0.269	0.496 (0.109-2.07)	0.338
<b><i>Partecipazione al funerale (%)</i></b>	3 (25.0)	0.009	0.112 (0.017-0.565)	0.007
<b><i>Supporto psicologico (%)</i></b>	4 (26.7)	0.172	4.043 (0.633-44.526)	0.144

\*associato alla presenza di lutto complicato (ICG  $\geq$ 30).

**Tabella 2: Dati clinici della coorte, del campione complessivo e secondo la presenza di lutto complicato.**

	Campione Complessivo N=31	ICG < 30 n=16	ICG ≥ 30 n=15	p-value	OR (95% CI)*	p-value
<b>Senso di colpa (media ±DS)</b>	3.71 (4.03)	1.19 (2.59)	6.40 (3.56)	0.001	1.478 (1.183-2.01)	<0.001
<b>MSPSS-Punteggio totale (media ±DS)</b>	5.35 (1.53)	5.94 (1.16)	4.72 (1.66)	0.024	0.563 (0.283-0.942)	0.027
<b>DASS-Depressione (media ±DS)</b>	7.77 (4.57)	5.63 (3.12)	10.07 (4.83)	0.004	1.293 (1.068-1.708)	0.006
<b>DASS-Ansia (media ±DS)</b>	4.68 (4.51)	3.75 (4.67)	5.67 (4.27)	0.101	1.093 (0.939-1.308)	0.255
<b>DASS-Stress (media ±DS)</b>	10.39 (4.97)	9.13 (4.67)	11.73 (5.08)	0.147	1.109 (0.963-1.312)	0.155
<b>Stile di Attaccamento (%)</b>	-	-	-	0.518	-	-
<b>RQ1</b>	16 (51.6)	8 (50.0)	8 (53.3)	-	-	-
<b>RQ2</b>	13 (41.9)	8 (50.0)	5 (33.3)	-	0.647 (0.148-2.694)	0.550
<b>RQ3</b>	1 (3.2)	0 (0.0)	1 (6.7)	-	3.000 (0.139-464.040)	0.493
<b>RQ4</b>	1 (3.2)	0 (0.0)	1 (6.7)	-	3.000 (0.139-464.040)	0.493

ICG: Inventory of Complicated Grief, Inventario sul lutto complicato; MPSS: Multidimensional Scale of Perceived Social Support, Scala Multidimensionale sul Supporto Sociale Percepito; DASS: Depression Anxiety Stress Scale, Scala dello Stress, dell'Ansia e della Depressione.\*associato alla presenza di lutto complicato (ICG ≥30).

## Bibliografia

1. ADLER, A. (1920), *Praxis und Theorie der Individualpsychologie*, tr. it. *La Psicologia Individuale*, Newton Compton, Roma 1983.
2. ADLER, A. (1923), Fondamenti e progressi della Psicologia Individuale, *Riv. Psicol. Indiv.*, 37: 11-24.
3. ADLER, A. (1933), *Der Sinn des Lebens*, tr. it. *Il senso della vita*, Newton Compton Editori, Roma 2012.
4. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (2013), *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5<sup>th</sup> ed.)*, tr. it. *Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali -5*, Raffaello Cortina editore, Milano 2014.
5. ANSBACHER, H. L., ANSBACHER, R. R. (1956), *The Individual Psychology of Alfred Adler*, tr. it. *La Psicologia Individuale di Alfred Adler*, Martinelli, Firenze 1997.
6. BECK, A. T. (1979), *Cognitive therapy of depression*, Guilford press.
7. BENASSI, M., BALDARO, B., BOLZANI, R., SURCINELLI, P. (2007), Un confronto tra Relationship Questionnaire (RQ) e Attachment Style Questionnaire (ASQ), in BARONE, L., DEL CORNO, F., *La valutazione dell'attaccamento adulto: I questionari autosomministrati*, Raffaello Cortina Editore, Milano 2007: 197-208.
8. BOTTESI, G., GHISI, M., ALTOÈ, G., CONFORTI, E., MELLI, G., SICA, C. (2015), The Italian version of the Depression Anxiety Stress Scales-21: Factor structure and psychometric properties on community and clinical samples, *Comprehensive psychiatry*, 60: 170-181.
9. BOVERO, A., ZAINA, E., TORTA, R. (2009), Aspetti biopsicosocioculturali del dolore: riflessioni sulle esperienze cliniche e psicoterapeutiche con il paziente oncologico, *Riv. Psicol. Indiv.*, 65: 73-93.
10. BOVERO, A., CHERASCO, P., TORTA, R. (2010), Efficacia della strategia di incoraggiamento ai caregivers di pazienti oncologici terminali, *Riv. Psicol. Indiv.*, 67: 34-40.
11. BOVERO, A., TORTA, R. (2010), Aspetti profondi della morte: riflessioni sull'esperienza del morire e sugli approcci d'intervento, *Psicologi a confronto*, 1: 31-47.
12. BOVERO, A. (2011), La ricerca di significato alla fine della vita: analisi di un'esperienza di psicoterapia in hospice, *Riv. Psicol. Indiv.*, 70: 111-115.
13. BOVERO, A., GRAZIATO, I., TORTA, R. (2011), Analisi delle finzioni nella prassi psicoterapeutica con il paziente oncologico terminale, *Riv. Psicol. Indiv.*, 69: 53-63.
14. BOVERO, A., GRAZIATO, I., LEOMBRUNI, P., TORTA, R. (2014), Desiderio di morte nel paziente oncologico nel fine vita: analisi delle finzioni compensatorie e dei fattori correlati, *Riv. Psicol. Indiv.*, 75: 104-110.
15. BOVERO, A., TORTA, R. (2014), Setting in psiconcologia, *Riv. Psicol. Indiv. Suppl.* 75, 17: 5.
16. BOVERO, A. (2020), Vita e morte nell'era del Covid-19: un'esperienza adleriana, *Riv. Psicol. Indiv.*, 88: 23-39.
17. BOVERO, A. (2021) La famiglia del paziente, in TORTA, R., MUSSA, A. *Psiconcologia. Il legame tra psiche e soma*, Edi Ermes, Milano, pp. 190-210.

18. BOWLBY, J. (1980), *Attachment and loss vol. III. Loss, sadness and depression*, Hogart Press. tr. it. *Attaccamento e perdita vol. III. La perdita della madre*, Bollati Boringhieri, Torino 2000.
19. BROOKS, S. K., WEBSTER, R. K., SMITH, L. E., WOODLAND, L., WESSELY, S., GREENBER, N., RUBIN, G. J. (2020), The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence, *Lancet*, 395 (10227): 912-920.
20. BURKE L. A., NEIMEYER R. A. (2013), *11 Prospective risk factors for complicated grief*, Routledge, New York: 145-161.
21. CARLETTO, S., COREZZI, M., FURMENTI, M. F., OLIVERO, E., RAPICAVOLI, P., ROSSELLO, P., STANIZZO, M. R., BOVERO, A. (2021), Interprofessional communication team for caregivers of patients hospitalized in the Covid-19 wards: result from an Italian experience, *Frontiers in Medicine*, In press.
22. CARMASSI, C., SHEAR, M. K., MASSIMETTI, G., WALL, M., MAURO, C., GEMIGNANI, S., DELL'OSSO, L. (2014), Validation of the Italian version Inventory of Complicated Grief (ICG): A study comparing CG patients versus bipolar disorder, PTSD and healthy controls, *Comprehensive psychiatry*, 55(5): 1322-1329.
23. CARMASSI, C., CONVERSANO, C., PINORI, M., BERTELLONI, C. A., DALLE, R. L., GESI, C., DELL'OSSO, L. (2016), Complicated Grief in DSM-5 era, *Rivista di psichiatria*, 51(6): 231-237.
24. DI FABIO, A., BUSONI, L. (2008), Misurare il supporto sociale percepito: proprietà psicometriche della Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS) in un campione di studenti universitari, *Risorsa Uomo*.
25. FASSINO, S. (1989), Social Interest and Creative Self, *Indiv. Psych. Doss.*, 1: 61-91.
26. FASSINO, S., AMIANTO, F., FERRERO, A. (2008), Brief Adlerian Psychodynamic Psychotherapy: Theoretical Issues and Process Indicators, *Pan. Min. Med.*, 50: 1-11.
27. FERRERO, A. (2009). Le strategie dell'incoraggiamento nelle psicoterapie time-limited, *Riv. Psicol. Indiv.*, 66, 15-19.
28. FERRIGNO, G. (2008), La relazione empatica adleriana e la ricomposizione dell'interindividualità, *Riv. Psicol. Indiv.*, 63: 3-13.
29. FUJISAWA, D., MIYASHITA, M., NAKAJIMA, S., ITO, M., KATO, M., KIM, Y. (2010), Prevalence and determinants of complicated grief in general population, *Journal of affective disorders*, 127(1-3): 352-358.
30. HEEKE, C., STAMMEL, N., KNAEVELSRUD, C. (2015), When hope and grief intersect: rates and risks of prolonged grief disorder among bereaved individuals and relatives of disappeared persons in Colombia, *Journal of affective disorders*, 173: 59-64.
31. HOLMES, T. H., RAHE, R. H. (1967), The social readjustment rating scale, *Journal of psychosomatic research*, 11(2): 213-218.
32. JNR, B. A. (2020), Use of telemedicine and virtual care for remote treatment in response to COVID-19 pandemic, *Journal of Medical Systems*, 44(7): 1-9.
33. KENTISH-BARNES, N., CHAIZE, M., SEEGER, V., LEGRIEL, S., CARIOU, A., JABER, S., AZOULAY, É. (2015), Complicated grief after death of a relative in the intensive care unit, *European Respiratory Journal*, 45(5): 1341-1352.

34. KERSTING, A., BRÄHLER, E., GLAESMER, H., WAGNER, B. (2011), Prevalence of complicated grief in a representative population-based sample, *Journal of affective disorders*, 131(1-3): 339-343.
35. KLERMAN, G., L., WEISSMAN, M., M. (1994), *Interpersonal psychotherapy of depression: A brief, focused, specific strategy*, Basic Book, NY.
36. LAI, C. C., SHIH, T. P., KO, W. C., TANG, H. J., HSUEH, P. R. (2020), Severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2) and coronavirus disease-2019 (COVID-19): The epidemic and the challenges, *International journal of antimicrobial agents*, 55(3): 105924.
37. LECCARDI, G. (2003), Linee guida nel trattamento del disagio psichico: una finzione difensiva, *Riv. Psicol. Indiv.*, 53: 31-48.
38. LI, J., STOEBE, M., CHAN, CLW, CHOW, AYM (2017), The Bereavement Guilt Scale. *Omega (Westport)*, 75(2): 166-183.
39. LI, J., TENEDEIRO, J. N., STROEBE, M. (2019), Guilt in bereavement: Its relationship with complicated grief and depression, *International Journal of Psychology*, 54(4): 454-461.
40. LOMBARDO, L., LAI, C., LUCIANI, M., MORELLI, E., BUTTINELLI, E., ACETO, P., PENCO, I., (2014), Eventi di perdita e lutto complicato: verso una definizione di disturbo da sofferenza prolungata per il DSM-5, *Rivista di Psichiatria*, 49(3): 106-114.
41. LOVIBOND, P. F., LOVIBOND, S. H. (1995), The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories, *Behaviour research and therapy*, 33(3): 335-343.
42. LUNDORFF, M., HOLMGREN, H., ZACHARIAE, R., FARVER-VESTERGAARD, I., O'CONNOR, M., (2017), Prevalence of prolonged grief disorder in adult bereavement: A systematic review and meta-analysis, *Journal of affective disorders*, 212: 138-149.
43. MALKINSON, R. (2010), Cognitive-behavioral grief therapy: The ABC model of rational-emotion behavior therapy, *Psihologijske teme*, 19(2): 289-305.
44. MAYLAND, C. R., HARDING, A. J., PRESTON, N., PAYNE, S., (2020), Supporting adults bereaved through COVID-19: a rapid review of the impact of previous pandemics on grief and bereavement, *Journal of Pain and Symptom Management*, 60(2), e33-e39.
45. MAZZOLI, G. (2005a), La psicoterapia oggi: quale risorsa per individui e famiglie in difficoltà? *Il Sagittario*, 19: 143-154.
46. MORRIS, S. E., MOMENT, A., THOMAS, J. D., (2020), Caring for bereaved family members during the COVID-19 pandemic: before and after the death of a patient, *Journal of pain and symptom management*, 60(2): e70-e74.
47. NEIMEYER, R., (2012), *Techniques of grief therapy: creative practices for counselling the bereaved*, Routledge, New York & London.
48. OTANI, H., YOSHIDA, S., MORITA, T., AOYAMA, M., KIZAWA, Y., SHIMA, Y., MIYASHITA, M., (2017), Meaningful communication before death, but not present at the time of death itself, is associated with better outcomes on measures of depression and complicated grief among bereaved family members of cancer patients, *Journal of pain and symptom management*, 54(3): 273-279.

49. PAGANI, P. L. (2006), Dalla pulsione aggressiva al sentimento sociale: sulle tracce del pensiero di Adler, *Riv. Psicol. Indiv.*, 60: 5-36.
50. PATTISON, N., (2020), End-of-life decisions and care in the midst of a global coronavirus (COVID-19) pandemic, *Intensive & Critical Care Nursing*, 58: 102862.
51. PRIGERSON, H. G., HOROWITZ, M. J., JACOBS, S. C., PARKES, C. M., ASLAN, M., GOODKIN, K., MACIEJEWSKI, P. K. (2009), Prolonged grief disorder: Psychometric validation of criteria proposed for DSM-V and ICD-11, *PLoS Med*, 6(8): e1000121.
52. ROSSI, R., SOCCI, V., TALEVI, D., MENSI, S., NIOLU, C., PACITTI, F., DI LORENZO, G. (2020), COVID-19 pandemic and lockdown measures impact on mental health among the general population in Italy, *Frontiers in psychiatry*, 11: 790.
53. ROVERA, G. G. (1988), Riflessioni sulla formatività in Psicologia Individuale. *Indiv. Psychol. Dos*, 1: 94-121.
54. ROVERA, G. G. (1999), La psicologia individuale, in PANCHERI, P., CASSANO, G. B., (a cura di), *Trattato Italiano di Psichiatria*, Masson, Milano.
55. ROVERA, G. G., FASSINO S., BRUSTOLIN, A. (2002), Psicogeriatrics, in FABRIS, F. (a cura di), *Trattato di Gerontologia e Geriatria*, Utet, Torino.
56. SCHMIDT, R., (1991), Probleme des alterns in der Therapie, *Beiträge zur Individualpsychologie*, 14: 88-102.
57. SHEAR, K., SHAIR, H. (2005), Attachment, loss, and complicated grief, *Developmental Psychobiology: The Journal of the International Society for Developmental Psychobiology*, 47(3): 253-267.
58. SHEAR, M. K., GHESQUIERE, A., GLICKMAN, K. (2013), Bereavement and complicated grief, *Current psychiatry reports*, 15(11): 406.
59. SPUIJ, M., PRINZIE, P., DEKOVIC, M., VAN DEN BOUT, J., BOELEN, P., A., (2013), The effectiveness of Grief-Help, a cognitive behavioural treatment for prolonged grief in children: study protocol for a randomised controlled trial, *Trials*, 14(1): 1-10.
60. STROEBE, M., SCHUT, H., STROEBE, W., (2007), Health outcomes of bereavement, *Lancet*, 370(9603): 1960-1973.
61. WALLACE, C. L., WLADKOWSKI, S. P., GIBSON, A., WHITE, P. (2020), Grief during the COVID-19 pandemic: considerations for palliative care providers, *Journal of Pain and Symptom Management*, 60(1), e70-e76.
62. WANG, C., PAN, R., WAN, X., TAN, Y., XU, L., HO, C. S., HO, R. C. (2020), Immediate psychological responses and associated factors during the initial stage of the 2019 coronavirus disease (COVID-19) epidemic among the general population in China, *International journal of environmental research and public health*, 17(5): 1729.
63. WORDEN, J. W. (2018), Grief counseling and grief therapy: A handbook for the mental health practitioner, *Springer publishing Company*.
64. WU, Z., MCGOOGAN, J. M. (2020), Characteristics of and important lessons from the coronavirus disease 2019 (COVID-19) outbreak in China: summary of a report of 72 314 cases from the Chinese Center for Disease Control and Prevention, *Jama*, 323(13): 1239-1242.

65. XIANG, Y. T., YANG, Y., LI, W., ZHANG, L., ZHANG, Q., CHEUNG, T., NG, C. H. (2020), Timely mental health care for the 2019 novel coronavirus outbreak is urgently needed, *Lancet Psychiatry*, 7(3): 228-229.

### **Sitografia**

Istituto Superiore Sanità (ISS), 2020  
<https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/sars-cov-2-death-Italy>

Andrea Bovero  
SSD Psicologia Clinica  
Dipartimento di Neuroscienze, Università di Torino  
AOU Città della Salute e della Scienza di Torino  
Corso Bramante 88/90  
I-10126 Torino  
E-mail: [abovero@cittadellasalute.to.it](mailto:abovero@cittadellasalute.to.it)

Alessandra Loreta Cito  
Corso Regio Parco 24  
I-10153 Torino  
E-mail: [cito.alessandra@gmail.com](mailto:cito.alessandra@gmail.com)

Chiara Tosi  
Via Mongrando 19  
I-10153 Torino  
E-mail: [chiara.tosi.88@icloud.com](mailto:chiara.tosi.88@icloud.com)

## Dall'équipe, al gruppo e, attraverso la rete, alla comunità

SIMONA BRAMBILLA

*Summary* – STARTING FROM EQUIPE, TO THE GROUP AND, THROUGHOUT THE NETWORK, TO THE COMMUNITY. This work intends to bring the experience of a medical practitioner, adlerian psychotherapist, at the time of the coronavirus pandemic. The evolution starting from the equipe to the group and, through the network community, has enabled a reflection about the inter and intra-subjective that the present historical time has caused.

*Keywords:* SENTIMENTO SOCIALE, CAMBIAMENTO, COMUNITÁ, SARS-Cov2

“Il termine coronavirus è stato adottato per definire genericamente un gruppo di virus di recente isolamento che presentano caratteri comuni ed in particolare la presenza intorno al virione di grosse proiezioni petaliformi che formano una caratteristica corona (da cui il nome del gruppo). Le manifestazioni cliniche da coronavirus nell'uomo non sono ancora ben definite. I coronavirus umani sono stati isolati da lievi affezioni delle prime vie aeree respiratorie. Tale ruolo patogeno è stato confermato in volontari umani nei quali dopo trattamento con sospensioni purificate di virus si manifesta un raffreddore comune... l'accertamento diagnostico per i coronavirus non è ancora praticato sistematicamente per la mancanza di tecniche di isolamento agevoli” [7].

### I. Introduzione

Questo lavoro vuole essere la personale testimonianza di un periodo, purtroppo non ancora passato, che certamente ha lasciato un segno dentro e fuori ciascuno di noi; da qui eventuali spunti per riflettere, consapevolizzare, combattere, accettare, condividere e comunque cambiare.

A partire dall'esperienza personale in ambito professionale, abbiamo verificato in primis quanto il sentimento sociale adleriano si possa declinare quale fondamento di una comunità solidale e partecipativa e abbiamo sperimentato come un evento inaspettato, drammatico, “nuovo”, possa intercettare, sconvolgere o modificare alcuni aspetti di uno stile di vita.

L'ideale di società che Alfred Adler auspicava potrebbe effettivamente realizzarsi dalle ceneri di un evento catastrofico, come la pandemia da coronavirus che, pur in tutta la sua drammaticità, ha dimostrato come la pari dignità di ruolo possa essere il denominatore comune per un ideale di convivenza globale.

Infatti, così come qualsiasi grande evento può avere un effetto impattante sullo stile di vita di un individuo, anche questa “guerra del virus” ha in sé la potenzialità di modificare e modificarci, in quanto nessuno dei tre compiti vitali di ciascuno di noi ne è stato veramente risparmiato.

L'amore, l'amicizia e il lavoro, si raffigurano quali uniche vere sfide nelle quali risiede il senso della vita. Il loro funzionamento armonico rappresenta il benessere dell'individuo e il suo equilibrio psicologico. L'originale punto di forza sta nel riconoscere l'ambito più deficitario e nel riorganizzare su un piano diverso ma sempre co-funzionante e funzionale gli altri compiti, nell'ottica di reindirizzare un possibile cambiamento [1].

In situazioni di emergenza queste sfide possono assumere una valenza cosmica, coinvolgendo intere comunità fino a modificarne alcuni aspetti organizzativi e di convivenza.

L'osservatorio, ma ancor prima il campo di battaglia, è stato il mio ambulatorio di medicina generale in una cittadina di una provincia lombarda, molto vicina alla prima zona rossa all'inizio dell'epidemia – e ben presto pandemia – del coronavirus.

La lente di ingrandimento è quella dello psicoterapeuta adleriano.

L'obiettivo è quello di cogliere nella pratica clinica, assolutamente indissociabile dal contesto storico e socioculturale, gli aspetti emozionali e introspettivi che hanno permesso di costruire o mantenere relazioni terapeutiche e non solo in situazioni di emergenza sanitaria.

Nella dimensione più completa del “prendersi cura” abbiamo cercato oltre che di occuparci del paziente, di mantenere uno sguardo sul nostro fare, pensare ed esserci [14], attualizzando un bisogno di narrare, di raccontare e di raccontarsi nelle proprie debolezze, fatiche, paure ma anche gioie e soddisfazioni.

Abbiamo scritto la nostra medicina narrativa: una storia di vita narrata attualizzata in questa lunga emergenza.

Il sostegno del gruppo dapprima strettamente entro i limiti professionali, ma via via sempre più in forma allargata, coinvolgendo la sfera dell'amicizia, del volontariato e del sociale, ha portato sicuramente ad un arricchimento personale, ma soprattutto vi abbiamo intravisto un piccolo esempio concreto, di collaborazione e cooperazione, quale un iniziale accoglimento di una sfida epocale in cui il potere creativo individuale può divenire un volano di trasformazione collettiva.

Ne *Il senso della vita* Adler dice che l'oggetto “creato” non è necessariamente artistico o scientifico: più spesso è “piccolo”, inerente alle trasformazioni di abitudini quotidiane.

ne, relazionali o lavorative o del tempo libero. Queste piccole iniziative sono spesso propedeutiche all'attivazione di circoli virtuosi che, a loro volta, esitano in trasformazioni esistenziali assai più significative per il "senso della vita" [2].

## II. *Dal singolo all'équipe professionale*

Lavoro in qualità di medico di medicina generale in una struttura che prevede nella stessa sede fisica, la presenza di più studi di altri colleghi con la condivisione della sala di attesa e di altri spazi comuni.

Siamo al 23 febbraio 2020, domenica pomeriggio. Incalzano le notizie sul virus e sui contagiati. Il primo caso di Covid19, isolato a Codogno, solo due giorni prima.

Alcune telefonate, brevi ma decise, ci consentono di fare in pochissimo tempo un incontro di gruppo per organizzare il lavoro del giorno dopo, un lunedì, che si prevede, come tutti i lunedì, intenso e frenetico. È importante organizzare l'accesso in ambulatorio in assoluta *sicurezza*. Entrano in gioco altri attori: l'amministrazione comunale, la protezione civile e i volontari che aiuteranno nella direzione del flusso e dell'accesso agli studi.

In principio il problema si presenta essenzialmente di tipo organizzativo, pensando anche alla nostra *vulnerabilità* per la mancanza di dispositivi di protezione individuale, fatta eccezione per quanto rimasto delle forniture per l'influenza aviaria di molti anni fa e di forniture individuali da noi singolarmente e faticosamente reperite.

Esattamente la mattina dopo, il telefono non smette di squillare: i pazienti sintomatici e paucisintomatici, soprattutto, ma anche quelli spaventati, impauriti... ma siamo ancora nel periodo dell'influenza stagionale e quindi occorre monitoraggio, osservazione per un'ipotetica diagnosi differenziale senza peraltro alcuni strumenti di indagine, cui si somma tanta *confusione* data dai messaggi che si susseguono da più fonti sulle modalità di comportamento e di segnalazione dei sintomi e dei segni clinici.

Ci vengono forniti diversi numeri telefonici di emergenza sanitaria, che nel corso dei giorni però cambiano spesso o cessano di essere disponibili e comunque sono quasi sempre occupati, così come il mio telefono che non smette di squillare: garantite le dodici ore diurne, ma anche il sabato e la domenica per dare *supporto* al servizio di continuità assistenziale, poiché la richiesta di soccorso e il numero di chiamate sono esageratamente numerose e contemporanee.

La reperibilità telefonica per tutta la settimana ci consente un fermo triage al fine di mantenere l'apertura degli studi e per quanto possibile in sicurezza.

Comincia ad affermarsi il mio lavoro nel gruppo, che ora diventa lavoro d'*équipe*, poiché non solo l'aspetto sanitario, ma anche quello socioassistenziale, di sicurezza e di volontariato sono coinvolti nel grande bisogno che l'emergenza disvela.

Da subito mi appare chiaro che stare insieme, condividere e scambiarsi esperienze, emozioni, preoccupazioni, informazioni è vitale. Creiamo un gruppo social con i colleghi di altre città e con i colleghi vicini: le telefonate e i messaggi che intercorrono tra di noi ci permetteranno di porre delle basi per protocolli di lavoro condivisi e uniformati nel caos dell'incertezza e del non noto.

Nasce così un nostro “modus operandi”, mettendo a disposizione ciascuno le nostre specializzazioni e organizzando delle videocall con amici dei tempi della guardia medica ora affermati Primari, che ci “passano” le informazioni più recenti riguardo questo terribile virus. Del resto non c'è nulla di scritto, oltre al Manuale di Cocuzza [7].

### III. *Dall'équipe al gruppo*

Il *gruppo* diventa non solo sostegno ma anche fonte di conoscenza, di aiuto, conforto, scambio: i messaggi corrono a sera inoltrata o all'alba per renderci pronti ad affrontare la giornata di lavoro, senza distinguere i giorni feriali dai festivi.

Intanto inizia drammaticamente e drasticamente il viraggio dalla consueta modalità della nostra professione e della nostra vita che pur rimanendo inevitabilmente intrecciate, altrettanto inevitabilmente richiedono di rimanere separate: il contagio è il *pericolo* più temuto.

Ecco che allora si fa strada un altro dramma: tutti siamo figli, genitori, coniugi, conviventi...

Siamo assorbiti dal nostro mestiere, ma cominciamo a tenere delle distanze, di protezione, di timore per la salute dei nostri cari. Si diradano le visite ed i contatti, e la mascherina la fa da padrone.

Si perde la spontaneità, l'istintività di un abbraccio, un bacio, un tocco. Mi ripeto più volte che “è la guerra”, e così si deve procedere...

Si susseguono le notizie, le circolari regionali, i DPCM a tutti noti, gli “indirizzi operativi” ma tante informazioni arrivano proprio dai colleghi e dagli stessi pazienti: cominciano a chiudere gli ambulatori dedicati a visite programmate, i punti prelievo sul territorio, gli uffici amministrativi ed anche le cure palliative non hanno più personale perché ammalato o in quarantena. Chiude anche il Pronto Soccorso del nostro ospedale! Ci viene chiesta la massima disponibilità, quindi eccoci pronti a sopperire tutto, dall'operatività sul campo, alla tanta, tanta burocrazia delle certificazioni e del tracciamento dell'infezione.

Siamo alla fine di febbraio, alla prima settimana di marzo: giorni che ricordo e rivivo ad uno ad uno, quando una telefonata o un rintocco avvisava della perdita di pazienti, colleghi, familiari, parenti e amici.

In un tempo brevissimo siamo passati da un lavoro che contemplava fino ad allora un esame fisico, obiettivo, semeiologico del paziente ad una visita virtuale, al di là

del telefono, di pari passo con l'obbligo della mascherina che impone una tutt'altra modalit di *comunicazione* [6].

Così come al di sopra della protezione naso-bocca gli occhi e dunque lo sguardo insieme al cenno delle mani ha o il potere o il bisogno di comunicare, così attraverso il telefono il lavoro si svolge, affannoso e quasi sintonicamente dispnoico, nell'intendere il sintomo, il respiro, le caratteristiche dei colpi di tosse, il ritmo dell'eloquio, perché oramai le uniche indicazioni sono di allertare l'emergenza sanitaria in caso di insufficienza respiratoria e nessuna altra terapia valida, almeno sul territorio. E neppure reperibili i pulsiossimetri. Sono anche tante le telefonate di supporto, non solo al paziente, ma ai familiari che non possono comunicare con i ricoverati o con i congiunti in isolamento negli ospedali ormai saturi e blindati.

Il lavoro diventa estenuante. La telefonata ovvero la visita telefonica deprime, appiattisce anche se allerta ad una vigilanza, o meglio "sorveglianza attiva" che deve essere assolutamente attiva. Al telefono non più l'atto della visita, ma *ascolto* trasformato in un sentire e compartecipare, essere lì con loro, quasi vedere, attraverso altri occhi i loro gesti quotidiani imbrigliati da una quarantena, fiduciaria o obbligatoria che impone rigide regole di vita e auspicare, benevolmente, attraverso quella telefonata, che vengano rispettate, per il *rispetto* infine di tutti.

E quando fattibile, la visita domiciliare: incontrare lo sguardo su un volto terreo, con gli occhi spalancati, identico per tutti coloro che sono entrati in insufficienza respiratoria. Nel contempo molta la reticenza di familiari che non vogliono ricorrere all'ospedale per i propri congiunti per paura che si contagino, mentre lo sono già, ma quanta *fatica* a farglielo capire.

E gli altri ammalati...i non COVID? Pensiero e preoccupazione anche per loro. Ma anche qui, le nostre specializzazioni con il nostro apprendimento, l'esperienza e l'aggiornamento che costantemente abbiamo perseguito, ci permettono di colmare, almeno in parte e inizialmente la carenza degli specialisti in questione.

Non siamo tuttologi, ma ben presto impariamo che in epoca di vacche magre nulla va sprecato.

Cambia non solo la modalit di lavoro, ma anche il ritmo con cui esso si svolge. L'organizzazione temporale e spaziale della giornata cambia e ci crea una certa destabilizzazione: l'impressione  quella di essere quasi sospesi.

Aspettiamo di uscire da un incubo: forse il lockdown risolver tutto? O forse un farmaco? Un nuovo e pi grande ospedale? Un vaccino?

Tante le domande che si affacciano alla mente, al termine di una giornata che ci vede per strada soli, nel tragitto tra ambulatorio e casa, insieme unicamente alle forze dell'ordine e alla protezione civile.

Un momento di necessità, divenuto poi un momento di forza, è stato il bisogno di comunicare online con il gruppo di formazione adleriana di cui faccio parte. Mi trovo a scrivere una sera, queste righe: «Oggi, quando mi sono attrezzata di morfina e sedativi per indurre la sedazione ad un mio paziente grave dispnoico terminale (imparata all'università ma mai messa in pratica...tanto c'erano i medici palliativisti...oggi sono tutti ammalati loro) ho realizzato ciò che tutti noi abbiamo studiato e insegnato: si può cambiare uno stile di vita anche per effetto di eventi catastrofici... mai avrei pensato di gestire un atto medico senza il vero contatto fisico, di espressione, di comunicazione verbale e non verbale che ho sempre abbracciato e che mi ha fatto amare il mio lavoro di medico e di psicoterapeuta.

La comunicazione telefonica è diventata un ascolto estremo, oltre le parole....

È quasi innaturale che un paziente al termine della telefonata ti dica: ma lei dottoressa come sta?

Cerco di mantenere e rafforzare la relazione di fiducia (il governo parla di "patto fiduciario" fra medico e paziente...), consapevole che spessissimo si deve solo aspettare e stare con il paziente in una attesa frustrante a due, di un viraggio (passa la tosse, scende la febbre, si sopravvive). *L'incoraggiamento!!!*

Negli ultimi due giorni due pazienti dimessi e un ragazzo che ha ripreso a respirare da solo!!! Ho pianto dalla gioia! ...Sto mettendo in atto una psicoterapia artigianale dell'emergenza...».

Il sostegno del gruppo è fondamentale. È un interlocutore e ancor prima un luogo ideale, affettivo, psichico, di ascolto e accoglimento.

Potremmo andare avanti nel diario di bordo, o meglio bollettino di guerra cui ci ha abituato lo stato di emergenza che per noi è diventato il quotidiano e che a tutti è ben noto per come è stato.

Nel frattempo l'accertamento diagnostico per il coronavirus ha cominciato ad essere praticato almeno per i pazienti che accedevano ai Pronto Soccorso dei vari ospedali e poi ai lavoratori "indispensabili", fino ai casi sospetti e agli studenti e personale scolastico. I tamponi molecolari, i test sierologici, i tamponi antigenici...

Si parla di guarigione clinica, guarigione virologica o radiologica...anche se la parola d'ordine è "benessere soggettivo", "funzionale", poiché la *restitutum ad integrum* di tutti gli organi coinvolti non è immediata e neppure scontata.

La nuova accezione del termine benessere è sempre più declinata all'aspetto personale, della salute, fisica o mentale e non più prettamente economico, come del resto l'OMS aveva già definito. Cominciamo tutti a renderci conto di cosa ci sia di veramente prezioso e impagabile.

Si fanno strada parole come *essenzialità*, *cambiamento*, *responsabilità*, con le quali l'anarchia/democrazia del coronavirus ci fanno fare i conti.

Si affacciano così, insieme ai nuovi limiti, anche le nuove frontiere, di cui bisogna prendere atto.

#### IV. Dal gruppo, attraverso la rete, alla comunità

La stagione avanza, i contagi decrescono ma si contano le vittime.

Come in altre realtà, anche la nostra cittadina si raccoglie, in una sera dell'estate trascorsa, per un momento di commiato alle vittime del Covid-19.

Sono presenti insieme alle Autorità, tutti coloro che hanno prestato il proprio "servizio" alla comunità.

Tiriamo le somme di una storia che non riusciremo a lasciarci alle spalle perché ancora in essere, ma che ci permette di trasformare in opportunità costruttiva l'esperienza del singolo verso l'altro. In un profondo frangente di emergenza sanitaria, si sono affacciate tutte le altre emergenze da quella sociale, a quella economica e del lavoro sommerso, dei drammi familiari e delle difficoltà culturali e di integrazione.

Ci siamo sentiti come voci di un unico coro, in cui ognuno, per le sue competenze, capacità, possibilità ha dato o ha capito che avrebbe potuto dare.

Abbiamo assistito al consolidarsi di alcuni gruppi di volontariato che si sono presi cura della nostra realtà locale il cui segno forte e tangibile è stato anche l'aiuto che essi ci hanno prestato durante la campagna vaccinale contro l'influenza. Insieme ad infermieri e volontari siamo ritornati équipe, ma nello spazio e dimensione più ampi e significativamente più coinvolgenti della rete, al di là della necessità di distanziamento e di non assembramento.

La città è così divenuta *comunità* e la comunità si prende cura nella consapevolezza e rispetto della pluralità delle differenze e non solo delle diversità.

Cominciamo a capire cosa significhi veramente fare ognuno la propria parte, oltre che pensare, accettare e addirittura ricercare un cambiamento con tutte le sue individuali e contestuali sfumature.

Su queste basi appare possibile pensare ad una ricostruzione, ad un "dopo".

È arrivato il momento del silenzio.

A tutti è nota l'immagine che ha circolato sui social del neonato che con la sua piccola mano sembra togliere la mascherina a chi l'ha fatto nascere!

Vi è spazio allora per un'*attesa* dove metaforicamente un incompiuto deve compiersi, o almeno così tutti vorremmo, fagocitati da questa fotografia che mediaticamente cattura la nostra attenzione e forse ci infonde anche una qualche speranza.

La dimensione della *speranza* infatti porta ad andare oltre la maschera, oltre lo sguardo, oltre il sintomo e il segno (quanti esami obiettivi polmonari negativi nei pazienti Covid), oltre il vuoto e l'impotenza, oltre il non senso [4, 8, 11].

L'ipotesi e poi la effettiva messa a punto di un vaccino anti-Covid aprono a nuove prospettive, ad una evoluzione che la scienza, con non pochi cavilli burocratici, ci prepara.

#### *V. Conclusioni*

L'esperienza personale e professionale in questa epoca di pandemia da coronavirus ci ha permesso di comprendere quanto la drammaticità di un evento esterno possa avere ripercussioni sulle varie sfere sociali, familiari, lavorative dell'individuo.

Il terapeuta, già attrezzato alle insidie del suo mestiere, deve mantenere la capacità di guardarsi attorno e altrettanto dentro, di cogliere anche le piccole potenzialità da cui possono generarsi incoraggianti spunti di ripresa e ripartenza e dunque risignificare il proprio lavoro [5, 10, 15].

L'anima della nostra professione comprende in sé le conoscenze scientifiche, le competenze professionali, i principi etici e deontologici ma anche il "saper essere e saper fare" [14].

Questo insegnamento ci ha portato a sforzarci di dare un senso al non senso di questo drammatico periodo storico della pandemia.

## Bibliografia

1. ADLER, A. (1931), *What life Should Mean to You*, tr. it. *Cosa la vita dovrebbe significare per voi*, Newton Compton, Roma 1994.
2. ADLER, A. (1933), *Der Sinn des Lebens*, tr. it. *Il senso della vita*, Newton Compton, Roma 1997.
3. BORGNA, E. (1992), *Malinconia*, Feltrinelli, Milano 1999.
4. BORGNA, E. (2015), L'esperienza della malattia e la sua rinascita, *Dialoghi adleriani II*, 4: 146-153.
5. BRAMBILLA, S. (2009), "Il burn-out e lo scoraggiamento: quando il senso del fallimento può far crescere", *Contributi al XXI Congresso S.I.P.I. "Le strategie dell'incoraggiamento"*, *Riv. Psicol. Indiv. suppl.* 67: 58-64.
6. BRAMBILLA, S. (2013), "Il setting adleriano in Medicina Generale", *Contributi XXIV Congresso S.I.P.I. "I setting in Psicologia Individuale"*, *Riv. Psicol. Indiv. suppl.* 75: 156-158.
7. COCUZZA, G. (1982), *Corso di Microbiologia*, in NICOLETTI, G., CASTRO, A. (a cura di, 1982), Leonardo Ciurca, Catania 1982.
8. DUDEK, K. J. (2014), Speranza e psicoterapia. Aspetti teorici e clinici, *Dialoghi adleriani I*, 2: 83-96.
9. FASSINO, S. (2019), Brevi considerazioni a proposito del cambiamento in psicoterapia, *Riv. Psicol. Indiv.*, 85: 107-110.
10. FASSINO, S. (2020), La pandemia Covid-19 interroga la scienza e la coscienza dei ricercatori, medici, psicologi, educatori, genitori, governanti, *Riv. Psicol. Indiv.*, 87: 3-14.
11. GHIDONI, C. (2017), Volti del limite e della speranza in psicoterapia, *Riv. Psicol. Indiv.*, 81: 69-84.
12. MONTENERO, P. (2020), Emergenza SARS COV-2. Riflessioni, *Med. Biol.*, 3: 33-35.
13. PELLEGRINO, F. (2018), *La salute mentale, clinica e trattamento*, Edizioni Medico Scientifiche, Torino.
14. ROVERA, G. G. (2015), Lo Stile Terapeutico, *Riv. Psicol. Indiv.*, 78: 19-85.
15. ROVERA, G. G. (2020), Le Relazioni Adleriane d'Aiuto nelle situazioni di emergenza, *Riv. Psicol. Indiv.*, 87: 15-63.
16. SPINSANTI, S. (2018), *La medicina salvata dalla conversazione*, Il Pensiero Scientifico Editore, Roma.

Simona Brambilla  
Via della Pace 6  
I-26855 Lodi Vecchio (LO)  
E-mail: simona.doc.brambilla@gmail.com

## ***Adolescens-entis*, “in via di crescita” al tempo del Covid-19. Ritiro sociale individuale e collettivo**

LAURA RIGHETTI, FRANCESCA ROSSI

*Summary* – ADOLESCENS-ENTIS, “GROWING” AT THE TIME OF COVID-19: INDIVIDUAL AND COLLECTIVE SOCIAL RETREAT. As it is known, in the first months of 2020, a new coronavirus, Covid-19, spread all over the world, leading to the pandemic that we are still experiencing today. The health emergency we are experiencing enters, as it is logical, also in the therapeutic room, in the experiences and stories of adolescent patients, where private and public, personal and collective intersect, influencing each other. We asked ourselves how the pandemic has affected social withdrawal, a phenomenon that has been increasing in recent years among young people. Does it still make sense today to talk about social withdrawal? What happens when the individual retreat turns into a collective retreat? Psychotherapy becomes, today even more, the space in which the adolescent can play again in a real relationship, when even the school and the normal aggregative contexts are suspended or lived at a distance. The therapeutic space offers the opportunity for a protected emotional exchange, in which to reassure oneself and take courage to face the challenges of sociality and growth.

*Keywords:* DIDATTICA A DISTANZA, DISMORFOFOBIA, DISTURBI ALIMENTARI, MALADAPTIVE DAYDRAMING, T.A.T.

### *I. Introduzione e obiettivi*

Questo lavoro nasce dal desiderio di condividere e mettere in circolo alcune riflessioni emerse nel corso di quest’anno di pandemia da Covid-19, nell’ambito del lavoro psicoterapeutico con gli adolescenti. Numerose sono state le difficoltà incontrate nelle varie fasi di evoluzione dei contagi, e delle relative decisioni politiche assunte, che hanno influito sulla vita degli adolescenti. Una fra tutte la questione scolastica, che tra aperture, in presenza e a distanza (con la famosa D.A.D.), e chiusure, è stata centrale nel dibattito pubblico.

Dal nostro osservatorio di psicoterapeute dell’età evolutiva abbiamo avuto modo di intercettare sofferenze e difficoltà dei giovanissimi; ci siamo poste il problema di come intraprendere o portare avanti la psicoterapia con gli adolescenti in questo contesto emergenziale, con complessità che vanno ben oltre la non scontata scelta della seduta *online* o in presenza.

Nel lavoro clinico è stato importante, in fase diagnostica, disgiungere quelle problematiche emerse come esito della situazione contingente (che potremmo chiamare “reattive”) da quelle che erano caratteristiche proprie dello sviluppo personologico preesistente alla pandemia. Nei casi in cui sussistevano problematiche precedenti alla situazione emergenziale pandemica, le chiusure e le distanze imposte dai vari DPCM hanno spesso rafforzato e giustificato la chiusura in sé e l’isolamento.

D’altra parte, come terapeute adleriane, ci poniamo l’obiettivo di favorire l’evoluzione nei compiti vitali dell’adolescente che si affida a noi per una parte del suo cammino di vita; tra questi la definizione della propria identità (compresa individuazione e separazione), la mentalizzazione del Sé corporeo, il collaudo nelle relazioni sociali.

Appare subito evidente come in questo anno tutto ciò sia stato notevolmente limitato e complicato dallo stato della pandemia in corso, che ha incluso il *lockdown*, il distanziamento sociale, l’uso delle mascherine, l’evitamento del contatto fisico e la didattica a distanza; non meno importanti le emozioni elicitate dal periodo, quali la paura del contagio, la rabbia per le limitazioni agli spostamenti, il dolore per la perdita di un proprio caro, la noia, la frustrazione e molto altro.

In fase di psicoterapia è stato necessario interrogarsi su come e quanto favorire i compiti evolutivi dell’adolescenza, impresa ardua in tempi in cui l’immagine corporea è mediata da uno schermo, ridotta alla dimensione del viso o limitata dalla presenza della mascherina a coprire gran parte del volto; quando il collaudo sociale rischia di opporsi all’esigenza del distanziamento sociale per tutelare la salute. Da qui l’interrogativo: in che modo la limitazione delle esperienze, dei contatti sociali, dello sperimentarsi lontano dallo sguardo dei genitori e degli adulti, può impattare sulla definizione dell’identità dei giovani di oggi?

## II. *Il contesto della pandemia e gli effetti sugli adolescenti*

Come tutti sappiamo, il 31 dicembre 2019 un gruppo di casi di polmonite fu segnalato a Wuhan, nella provincia di Hubei, in Cina, e nelle settimane seguenti venne individuato un nuovo virus, il COVID-19, come agente causale di questo focolaio. Crescevano intanto i contagi nei paesi UE e nel Regno Unito e il 5 marzo il Governo Italiano ha sancito la chiusura delle scuole italiane e, con i successivi Decreti, lo stato di quarantena.

L’11 marzo 2020 si contarono 118.598 casi di COVID-19 in tutto il mondo e il direttore generale dell’Organizzazione Mondiale della Sanità dichiarò la pandemia globale. Dopo la prima fase dell’emergenza con il ben noto *lockdown* della scorsa primavera, nel corso di tutto il 2020 si sono susseguiti ondate di nuovi contagi e fasi di apparente remissione, con alterne libertà di vita e spostamento e nuove restrizioni e chiusure, che continuano ancora oggi.

Al momento in cui scriviamo (marzo 2021), in Emilia Romagna, ugualmente a ciò che accade in gran parte dell’Italia, siamo nuovamente nella “zona rossa” e le lezioni sono tornate a svolgersi a distanza per tutti gli ordini di scuola.

Impossibile pensare che questa differente quotidianità – tra cambiamenti repentini, limitazioni alla socialità, periodi di quarantena – non impatti sul benessere degli adolescenti. Innanzitutto regna un senso di instabilità e precarietà generale, quando sappiamo che, in adolescenza, è importante avere riferimenti precisi e punti fermi, da poter anche mettere in discussione, ma che nella loro coerenza e stabilità infondono sicurezza. Si pensi all’andamento della scuola che, dopo un anno scolastico 2019-2020 conclusosi a distanza, anche per quello in corso conta ad ora più giorni nella cosiddetta D.A.D. che non in presenza, almeno per gli studenti della scuola secondaria di secondo grado.

Inoltre, è palese la forte limitazione alla socialità, ambito di sperimentazione fondamentale per gli adolescenti, che ricercano i pari per confrontarsi, mettersi alla prova, identificarsi, definire la propria alternativa al mondo degli adulti. Ora che questo spazio viene a mancare o si rende possibile solo infrangendo le regole, i ragazzi dove possono sperimentarsi e ritrovarsi?

Infine, quarantena e isolamento relegano l’adolescente in casa, in famiglia, contesto in cui non di rado hanno origine e si concentrano le difficoltà e le problematiche affettive e relazionali dei ragazzi, e il rischio diventa quello dell’accumulo senza possibilità di rilascio emotivo o dello scaricare le tensioni gli uni sugli altri in un circolo vizioso, che non trova risoluzione alcuna.

Da una recente revisione degli studi scientifici sugli effetti della quarantena apparsa a febbraio 2020 su *Lancet* emerge che la maggior parte delle ricerche incluse evidenziano effetti psicologici negativi sulle persone tra i quali: sintomi post-traumatici, confusione e rabbia. Gli stressors che incidono sembrano riguardare la durata del periodo di quarantena (se superiore ai dieci giorni gli effetti risultano peggiori); la paura del contagio; la frustrazione, la noia e la perdita della propria routine; l’insufficienza di beni e servizi essenziali; la mancanza di informazioni adeguate e chiare; le perdite economiche e, non meno importante, l’effetto dello stigma [4].

A questo proposito, indicazioni utili per mitigare gli effetti negativi della quarantena hanno riguardato la promozione di un corretto e sano stile di vita – che includa un ritmo sonno-veglia regolare, una dieta equilibrata, attività fisica, adeguata igiene personale e riduzione del tempo online o comunque davanti a uno schermo, – oltre al supporto psicosociale: al mantenimento di una rete di relazioni che offrano la possibilità di comunicare e confrontarsi, alla ricerca di aiuti professionali specifici e mirati; è da rilevare l’esplosione di risorse a disposizione in rete [16].

### III. *Ritiro sociale: ancora possibile parlarne al tempo del Covid-19?*

Come già trattato, per un adolescente, investire sulla dimensione relazionale e sociale extrafamiliare rappresenta uno dei compiti evolutivi più importanti da raggiungere. Per alcuni ragazzi, però, non si consuma il passaggio da soggetto filiale, che vive la relazionalità soprattutto in seno alla famiglia di origine, a soggetto sociale, in grado di investire sull'altro, acquisendo visibilità e riconoscimento all'interno del gruppo dei pari.

Il ritirarsi dalla scena sociale chiudendosi in una forma di volontaria autoreclusione è un fenomeno in ascesa tra i giovani. Portato all'estremo, come recisione dei contatti con il mondo esterno, ha trovato voce nella definizione giapponese "Hikikomori", traducibile con "stare in disparte"; il fenomeno, lungi dall'essere patrimonio esclusivo nipponico, è in crescita anche alle nostre latitudini [10].

Un autore giapponese, Hirano, descrive nel testo "Metamorfosi" il suo stato di hikikomori: *"Tutto fastidioso. Quando provavo a spostare il corpo, ciò che provavo era terribilmente spiacevole. Soltanto ogni tanto come un gigantesco insetto, scivolando sgusciavo fuori per portarmi alla bocca il cibo e quando, rubando uno sguardo alla famiglia, andavo a defecare"* (10, p. 42).

Facile pensare ad un'altra famosa "metamorfosi", quella kafkiana. Come Gregor Samsa, anche Hirano si osserva insetto, osserva, disgustato, un corpo sgradevole. Non a caso si parla di corpo, il grande assente nel ritirato sociale. Il compito evolutivo della mentalizzazione del sé corporeo, della simbolizzazione del nuovo corpo sessuato e potenzialmente generativo, è centrale per l'adolescente che si trova a dover elaborare il lutto di un corpo infantile, conosciuto e dunque rassicurante, per approdare ad una nuova dimensione corporea, spesso disarmonica e sgradevole nel passaggio.

L'imperfezione di questo nuovo corpo che anela all'altro non bastandosi più, come invece accadeva per il corpo infantile; corpo in tensione verso l'altro, ma "altro" temuto, "altro" potenzialmente giudicante e in grado di suscitare vergogna e imbarazzo. Il ritirato sociale estromette dalla scena, evitando il debutto sociale, il proprio corpo, limitandolo entro i confini domestici.

Nei casi più gravi giungono dunque in terapia ragazzi che non escono più di casa, che abbandonano la scuola, promotrice di socialità per eccellenza. Il lavoro terapeutico, dunque, segue la finalità di creare movimento in quello scacco evolutivo che tiene soggiogato il corpo (e la mente) dell'adolescente.

Ma oggi, in zona rossa, nella condizione di quarantena, ormai paurosamente familiare, dove sono i ritirati sociali? Come stanno? E ancora: ha ancora senso, oggi, parlare di ritiro sociale?

Cosa succede quando il ritiro individuale si trasforma in ritiro collettivo?

I ragazzi con caratteristiche riconducibili alla condizione di ritiro sociale, infatti, stanno vivendo il paradosso del mondo che si adegua al loro vivere: l'assenza del corpo è prescritta per decreto, la scuola non vive più di corpo, di odori, di sguardi, se non mediati dallo schermo. La socialità è abolita per statuto, i coetanei sono possibili veicoli di contagio, la distanza è d'obbligo. La difesa dall'altro, che pone al riparo dal senso di inadeguatezza, diventa difesa dall'altro portatore di malattia, oggettivamente pericoloso, e non più percepito come tale unicamente a livello soggettivo.

La didattica a distanza, toglie dai giochi quegli spazi sociali che sfuggono all'apprendimento, veicoli di relazionalità per eccellenza, non a caso temuti dai fobici sociali: i momenti “vuoti”, tra una lezione e l'altra, la ricreazione, i momenti pre e post lezioni [7]. Anche le interrogazioni, che possono costituire fonte di forte ansia, momenti in cui è difficile sfuggire allo sguardo dell'altro, alla percezione del giudizio impietoso, vengono ammansite dalla didattica a distanza, che permette all'adolescente di parlare davanti ad uno schermo, alleggerito dall'assenza del corpo.

La didattica a distanza, inoltre, porta in sé la possibilità di accendere e spegnere l'immagine altrui, a proprio piacimento, concedendo una sorta di onnipotenza che permette di regolare presenza e assenza dell'altro, che consente di tacitarlo semplicemente riducendo il volume del computer con un “click”.

Questa onnipotenza può forse essere accostata a quella infantile, che pretende di paleare e presentificare il seno materno, il cibo, regolarne presenza e assenza secondo il proprio bisogno? Quasi come se la differenziazione con l'altro, nel distinguere i propri e gli altrui bisogni e desideri, non trovasse espressione e corrispondenza nella formula della didattica a distanza, ostacolando quel processo di separazione-individuazione, centrale per il bambino nel favorire la sua differenziazione e il superamento della fase precedente, quella definita simbiotica da Margaret Mahler [8].

#### IV. *Il caso di Emma*

##### 1. Inquadramento

Emma ha 15 anni, capelli castani in una massa voluminosa. Di corporatura media, di media altezza. Trascurata nel vestire, dà l'impressione che al mattino indossi la prima cosa che le capita sotto gli occhi.

Ho conosciuto Emma a febbraio 2021; la scuola, inizialmente in presenza, ora è tornata in D.A.D., come lo scorso anno. Da novembre 2020 la ragazza non va a scuola, nonostante sia regolarmente iscritta al liceo classico. Non va a scuola e sembra non percepirlo come problema; dice di essersi resa conto di aver fatto la scelta sbagliata, basata sulla sua propensione allo scrivere, che l'aveva indotta a pensare fosse la scelta giusta, insieme alla convinzione che quel tipo di scuola fosse la migliore in un'immagineria gerarchia scolastica. In realtà Emma ama le lingue, afferma. In particolare il

coreano, che da qualche settimana sta studiando da autodidatta, guardando video su *youtube*.

Emma mi racconta che lo scorso anno ha frequentato la scuola, anche a distanza, per quanto la connessione scarsa a casa non le abbia permesso di seguire le lezioni con la regolarità auspicata. Emerge la sua preoccupazione, vale a dire che, a causa di questi limiti esterni, Emma non possa primeggiare come si era prefigurata e che questo, in un'ottica di tutto-nulla, possa rendere vano un impegno ulteriore. Il tema del confronto con i pari, e il pericolo del crollo narcisistico, trapelano dalle parole della ragazza: da studentessa apprezzata alla scuola secondaria di primo grado, nel piccolo paese di origine, si era trovata a confrontarsi, nella città che ospita il liceo scelto, con ragazzi preparati, intelligenti, ambiziosi.

Il suo scrivere, tanto apprezzato negli anni passati, non era più così valorizzato nella nuova scuola; i suoi voti, per quanto al di sopra della sufficienza, non primeggiavano, lasciando presagire la promessa non mantenuta di un vero talento letterario, ciò che lei stessa aveva immaginato di essere.

Emma si esprime correttamente, con arguzia, intelligenza e ironia mi descrive ciò che la riguarda; sembra desiderosa di aprirsi e raccontarsi. Soprattutto nelle prime sedute, però, l'impressione è che cerchi un pubblico più che un interlocutore; il suo stile non è istrionico, enfatico o teatrale ma si percepisce il suo desiderio di esporre le sue teorie, senza una gran propensione all'interrogativo o alla messa in discussione delle stesse. Nel descrivere le sue fantasie diurne traspare il compiacimento derivato dalla complessità della trama, come fosse un'esibizione del proprio talento immaginifico.

La ragazza vive con la madre, che descrive come una donna volubile e nervosa, capace di arrabbiarsi per un nonnulla. La signora, una donna minuta, vistosa nell'abbigliamento, si racconta come una donna in difficoltà, alle prese con una figlia adolescente che non va a scuola e che non fa nulla in casa, nemmeno quei pochi compiti che lei le affida mentre è al lavoro. Ultimamente ricorre ad un ansiolitico prima di dormire, perché il pensiero della figlia nullafacente la innervosisce a tal punto da toglierle il sonno. Il padre di Emma non vive con loro da quando la figlia aveva tre anni, ma traspare ancora oggi la ferita abbandonica, sia nella madre sia nella ragazza.

Emma, dopo svariati periodi di lontananza, ha ripreso oggi i rapporti con il padre, che frequenta con regolarità. L'uomo si è risposato e ha una figlia di pochi mesi con la seconda moglie. Emma descrive quest'ultima come una persona estremamente gelosa, anche del rapporto tra lei e il padre, rapporto che in varie occasioni ha cercato di osteggiare.

Emma vive una sola dimensione, quella casalinga. Non esce di casa se non per andare dal padre o venire in terapia. Vive dunque in una condizione di ritiro sociale, per quanto a volte senta tramite *whatsapp* alcuni amici, ma senza vederli.

## 2. “Maladaptive Daydreaming”

Non corrisponde a verità il fatto che Emma passi le sue giornate a non fare nulla; tutta la mattina, mentre la madre è al lavoro, Emma è impegnata in intense elucubrazioni mentali. Da anni, da quando ha memoria di sé, la ragazza ha costruito quello che appare come un vero e proprio mondo immaginario, un’elaborata quanto fascinosa alternativa al reale, nella quale si immerge anche per ore.

Questo costituisce motivo di discussione con la madre, la quale mostra intolleranza non tanto nei confronti di questo massiccio investimento nell’immaginifico, di cui fatica a percepire del tutto l’inadeguatezza, quanto nei confronti del rituale che si accompagna all’immergersi in questa realtà parallela, che assume contorni dissociativi. Emma infatti, ascoltando la musica, saltella per il lungo corridoio, fino a trovarsi sudata e stremata dallo sforzo fisico, che assume i toni del rito iniziatico che permette l’ingresso in una dimensione altra dal reale.

Questo saltellare crea rumore, che non di rado ha innervosito anche i vicini. Inoltre – riporta la madre di Emma – al termine di queste maratone la ragazza è madida di sudore, spossata e maleodorante per lo sforzo profuso.

Nota è l’importanza delle fantasie ad occhi aperti, materiale prezioso quando si dipana nella stanza terapeutica. Materiale verso cui il paziente mostra spesso ritrosia; materiale difficile da condividere. Se infatti il sogno notturno libera il paziente dalla sensazione di consapevolezza, dunque di colpa, il sogno ad occhi aperti rivela, nella sua dimensione cosciente e diurna, quelle ambizioni, quei desideri, quelle mete non sempre percepite come tali, ma che comunque sembrano, al sognatore, esclusivo frutto del proprio volere, dunque di per se stesse rivelatrici, per quanto il paziente sia spesso inconsapevole che “...*tutto quello che la mente inventa, costruisce, mettendo lì dell’emotività, risponde ad un bisogno finalistico, un bisogno di compensare*” (10, p. 232).

Le fantasie di Emma non si limitano al fantasticare grandezze e successi, amori e trionfi. Il mondo parallelo infatti è un mondo complesso che si sostituisce al reale, nel quale un *alter ego* della ragazza vive da protagonista gioie e dolori, nel quale viene relegata tutta la carica emotiva e affettiva che Emma sottrae al reale.

Un reale nel quale la ragazza si percepisce serena, senza particolari difficoltà. Difendendosi con la razionalizzazione infatti Emma ha scisso completamente intelletto e sentimento, relegando quest’ultimo alla dimensione immaginifica.

Emma stessa si riconosce nel filone del “maladaptive daydreaming”, che ad oggi non occupa una specifica categoria nosografica, ma su cui si stanno conducendo diverse ricerche (Somer, 2018; Somer, Ross, Soffer-Dudek, e Halpern, 2019), volte anche ad individuare strumenti costruiti *ad hoc* per diagnosticare tale condizione [14; 15].

In alcuni casi, il fenomeno del *maladaptive daydreaming* sembra evolversi in una forma di dipendenza psicologica, che si manifesta nella compulsione a fantasticare, anche per diverse ore ogni giorno, causando disagio clinicamente significativo, nei diversi ambiti di vita [15]. Un sognare ad occhi aperti che diventa maladattivo nel momento in cui si configura come potente mezzo difensivo in grado di escludere il reale dalla vita.

Eli Somer e collaboratori hanno ideato uno strumento di screening appositamente creato per il fenomeno del *maladaptive daydreaming*, un questionario costituito da 16 item (MDS-16, Somer, Ross, Soffer-Dudek, e Halpern, 2019), indagante frequenza e intensità sintomatologica [15].

Il mondo di Emma è intriso di personaggi famosi che lei apprezza e stima, e che, in questa dimensione immaginifica, arriva a conoscere nella più profonda intimità. Se vive gioia e successo, gratificazioni e riconoscimenti, non mancano anche altre emozioni quali tristezza e paura, che Emma vive intensamente nel suo mondo. Interessante notare come, nella vita reale, Emma registri un appiattimento affettivo, caratterizzato da sostanziale anedonia, in una scissione pressoché completa tra il ricco mondo emotivo esperito nella dimensione fantastica e l'assenza affettiva, il freddo emotivo del reale, che consente ad Emma di mantenere l'autopercezione di equilibrio e serenità.

In questa prima fase di lavoro insieme, ho cercato di evidenziare collegamenti tra il fantastico e il reale. Collegamenti molto evidenti e palesi: ad esempio, la presenza di una sorella nella dimensione onirica, presente anche in quella reale. Lo stupore di Emma nel prendere coscienza di alcune similitudini e assonanze, a volte molto manifeste e non certo frutto di elaborate interpretazioni, ha reso evidente lo scollamento registrato tra le due dimensioni, che la ragazza vive scindendole completamente l'una dall'altra.

### 3. Obiettivi terapeutici

Il lavoro terapeutico con Emma, ancora agli albori, parte dal riconoscimento del valore prezioso della fantasia, legittimandone il significato difensivo. L'obiettivo è quello di entrare nei sogni di Emma, con pudore e rispetto, renderli condivisibili nello spazio terapeutico, dando loro una dimensione di realtà nella condivisione, nella possibilità della narrazione a due.

Sogni ad occhi aperti da “guardare senza toccare” dapprima, inserendo poi riflessioni che ambiscono a farsi trasformative della fantasia stessa, in un lento e meticoloso procedere. L'insinuarsi del reale nel fantastico, cauto e lieve in una danza leggera. Un mosaico cesellato pian piano, consentendo a fantasia e realtà di guardarsi dapprima, mescolarsi poi, potrà forse ridare alla realtà quella fascinazione che sembra aver abbandonato questa dimensione nella vita di Emma.

Concedere all’emotività, in tutte le sue sfumature, di affacciarsi e integrarsi con il reale, sarà l’obiettivo a lungo termine da prefiggersi, solo se e quando la portata emotiva sarà tollerabile dalla ragazza.

Da ricordare infatti che, se il mezzo compensatorio della fantasia compulsiva ha acquisito una tale rilevanza nella vita psicologica di chi ne è affetto, le ragioni di questo utilizzo difensivo massiccio sono sufficientemente profonde, radicate e significanti, da dover indurre il clinico ad allearsi in un primo momento con tali fantasie dissociative, per poi, gradualmente, svelarne il senso e trovare nel gioco creativo tra paziente e terapeuta alternative sostenibili e maggiormente adattive.

Un primo passo è quello di introdurre la possibilità della scuola, agendo da cuscinetto rispetto al timore dell’inadeguatezza nell’incontrare, seppur *online*, i visi dei compagni che non sanno come mai Emma sia sparita dallo scenario scolastico. In questo, dunque, sfruttare le contingenze, che nella didattica a distanza vedono l’opportunità di avvicinarsi al reale in maniera mediata, graduale, con la protezione dello schermo che riflette i contorni del viso ma che protegge dall’intimità dell’incontro *in vivo*. Leggere dunque creativamente la costrizione della didattica a distanza che diventa opportunità di affacciarsi alla scuola in maniera meno brutale, meno impudica nell’abbassare il velo della vergogna.

Infine, ha senso parlare ancora di ritiro sociale al tempo del Covid-19, o i confini tra dentro e fuori, diventando più sfumati, rendono arduo stabilire una differenza netta? Forse il ritiro imposto esternamente, che in qualche modo ha legittimato il ritiro sociale interno, cambierà le modalità in cui domani parleremo di ritiro sociale, cambieranno, al ripristino auspicato di una qualche forma di “normalità”, le modalità con cui i ragazzi dominati dall’ansia sociale si riaffacceranno alla suddetta “normalità”.

## V. *Il caso di Anna*

### 1. Inquadramento

Anna ha 17 anni e, tramite i suoi genitori, ha richiesto a luglio 2020 una consulenza per via di un discreto calo ponderale con amenorrea dovuti ad alimentazione rigida e restrittiva nel corso dell’ultimo anno. È una ragazza molto bella, fine e curata, magra, con capelli neri e mossi che le incorniciano il viso nel quale spiccano, sopra la mascherina, occhi scuri, allungati ed evidenziati da un sottile trucco in stile arabo. Emanava un delicato profumo, piacevole, non invadente.

È una ragazza colta e dotata di una fine intelligenza, frequenta il liceo delle scienze umane, si esprime in modo preciso ed è attenta ai particolari. È lei stessa a parlare di sé menzionando i suoi “sintomi”, a proposito dei quali si è ampiamente documentata *online*: amenorrea, paura di perdere i capelli, ruminazione, ipocondria.

Inoltre è in grado di descriversi e parla delle sue emozioni con particolare riferimento all'ansia o all'apatia, al senso di vuoto e insignificanza, che a volte l'hanno portata a vivere esperienze simil-dissociative, con elementi di derealizzazione.

La famiglia vive in un contesto isolato nel verde della montagna e Anna, molto diligente rispetto alla scuola, presenta al contempo ansia da prestazione e difficoltà a tollerare valutazioni inferiori all'eccellenza; riferisce notevole ansia anche nell'incontrare altri coetanei e nel comunicare con loro via *social media*, fino a rendersi irripetibile e far saltare gli appuntamenti presi. Rivedere qualcuno che non frequenta da un po' di tempo o anche rispondere ai messaggi che altri coetanei le mandano la mettono in un notevole stato di agitazione e spesso evita di farlo.

Il confronto con gli altri risulta un campo di difficile sperimentazione per Anna che, inconsciamente, preferisce evitare la prova per non doversi sottoporre ad eventuale fallimento, potendo continuare a coltivare dentro di sé ambizione e fantasie supercompensatorie di grandiosità e superiorità rispetto agli altri. Il suo stile di vita risulta pertanto viziato, teso a non affrontare gli ostacoli che la vita le pone davanti, ma ad evitarli, nascondendosi dietro la patologia e i "sintomi".

Scrivendo lo stesso Adler: *«La nevrosi dà invariabilmente sollievo al soggetto, certo non alla luce dell'oggettività e del senso comune, ma secondo la sua logica privata; ciò assicura un qualche trionfo o almeno attenua la paura della sconfitta. In questo senso è l'arma del codardo e del debole.»* [1 p. 296].

## 2. La diagnosi e la pandemia

Per approfondire il quadro diagnostico di Anna, accanto al colloquio clinico, mi sono avvalsa anche di test standardizzati, tra cui la batteria dei test grafici (Test dell'albero di Koch, Test della casa di Buck, Test della figura umana di Machover, Test della famiglia di Corman, Test della persona nella pioggia di Fay), del test di Rorschach e del T.A.T.

In generale, la valutazione ha confermato la ricchezza interiore, le risorse cognitive e la fine sensibilità di Anna, ma anche l'ansietà e l'insicurezza interiore, una forte fragilità narcisistica e una inibizione delle emozioni, in particolare quelle aggressive, che impedisce una loro armonizzazione ai fini di una identità equilibrata, compito evolutivo che sembra ancora difficile da avviare per lei.

In particolare in questa sede risulta interessante riprendere alcuni estratti del protocollo del Thematic Apperception Test di Henry Murray (1943), somministrato ad Anna nell'autunno 2020, che sembrano particolarmente significativi in quanto emergono tematiche strettamente connesse alla pandemia in corso:

T.A.T. Tavola 14:

*“A primo impatto mi ricorda quel libro che avevo letto, non so se è importante dirlo però lo dico lo stesso, Cecità [11], che parla di una cecità bianca che è diversa dalla cecità normale che si tende più ad associare a vedere nero (ride)... va bé, comunque, non so secondo me questa persona si è appena svegliata o è sveglia da poco e ha sentito gli uccelli fuori dalla finestra però la camera è buia e si è messo sulla finestra, magari è seduto sul davanzale e che appunto non vede, vede bianco un po' come nel libro... Sì, l'idea un po' del libro è che tutti diciamo che da un giorno all'altro tutti sono contagiati da questa epidemia e sono un po' persi, quindi mi fa pensare che secondo me esce poco e la vita quotidiana è il buio e secondo me è un sollievo sentire gli uccelli, sì secondo me sta provando una sensazione di respiro, rilassante però non si butta direttamente fuori, cioè anziché uscire e sentire gli uccelli passeggiando, ritornando al tema del libro, la realtà fuori è un po' confusionale quindi cos'è successo prima, secondo me si è appena svegliato e cosa succederà dopo... secondo me rimane nella casa buia, continuerà a fare le sue cose, poi tornerà a letto e si ripeterà tutto. - Terapeuta: Come si sente? - In quei cinque minuti o dieci non so secondo me cinque, un po' cioè in quei cinque minuti bene però è talmente inglobato nella sua vita quotidiana che non sta né bene né male però secondo me anche per il fatto che il mondo fuori non lo vede, cioè lo vede bianco e preferisce non affrontarlo perché non vedendolo gli mette paura.”*

T.A.T. Tavola 15:

*“Questo è difficile! Allora... Mi viene da dire che... Non so, secondo me (cala tono di voce) la prima cosa che mi viene da dire è che sta provando molta solitudine e mi viene da dire che magari questa persona da un momento all'altro si è trovata ad essere l'unica persona viva e secondo me sempre tornando al discorso non necessariamente del libro, ma qualcosa che colpisce tutti, prima c'è stata una epidemia? Pandemia che uccide tutti e questa ragazza si era anche lei ammalata ed è caduta in coma invece di morire, però poi si è risvegliata e magari è l'unica che è sopravvissuta però proprio per questo, si vede che fisicamente non è sana, perché è ancora molto malata e le è venuta voglia di uscire per vedere se ci fosse qualcun altro, però non ha trovato nessuno e però ha trovato solo lapidi quindi sta provando molta ansia riguardo a questa cosa. Come andrà a finire: essendo che comunque è ancora molto ammalata continuerà ad andare avanti e a trovare tutte le lapidi però poi essendo comunque debole si sdraierà e morirà.”*

T.A.T. Tavola 19:

*“Bé, mi sembra più una specie di nave, un sottomarino che sia venuto a galla e probabilmente questi sono... cioè c'è gente che paga no? per stare nel sottomarino... e mi viene da dire che magari questi due cerchi sembrano due*

*finestre e che magari in una c'è, non so, una donna, si vede una donna seduta, con vicino il cane o il gatto e nell'altra magari si vede da lontano due persone che sono sedute che parlano e cos'è successo prima... non lo so secondo me è un giro in sub che dura magari da un mesetto, quindi è un mese che succedono sempre le stesse cose, quindi magari pensando alla donna col gatto che magari lei in fondo si sta un po' pentendo della scelta e sa che l'unica cosa che può fare è aspettare che sia finito perché sono in mezzo al mare, è tutto ripetitivo e magari si sente anche un po' claustrofobica, mentre nell'altra finestra, secondo me le due persone che parlano non si rendono neanche conto dello scorrere del tempo per dire loro secondo me se la stanno passando bene per dire. Come andrà a finire... tutto finirà, torneranno alla loro vita normale e non lo so, su questo non so tanto cosa dire."*

T.A.T. Tavola 16:

*"Ok, a primo impatto ho subito pensato ad una persona da sola che passeggia e mi viene da dire che magari c'è un sentiero che collega la casa isolata dal resto del paese e che magari ogni giorno questa persona... non so vive da sola, o magari un coinquilino ce l'ha, però mi viene da dire che ogni giorno fa questo sentiero per andare in paese e me la sono immaginata che mentre sta passeggiando ha il sole in faccia e quindi sta bene, magari invece di essere un sentiero è una strada (accelera ritmo dell'eloquio) però è fortunata che in quel mondicino non ci sono pericoli, non ci sono macchine e non si preoccupa a stare da sola e quindi secondo me ogni giorno va in un posto diverso, un giorno va a prendere la posta, oggi magari va a prendere il pane e secondo me in questo momento è felice perché c'è il sole e secondo me si influenza molto dal meteo quindi se c'è la luce è più felice e come andrà a finire: tornerà a casa e... Non lo so magari lavora da casa, quindi magari continuerà un po' sui suoi progetti, le sue cose lavorative. – Terapeuta: Quali sono? – Secondo me, un po' di cose miste, non le piace puntarsi su una cosa sola, forse per l'idea di avere un piano B, se una cosa non funziona, mi è venuto subito da pensare ai cuscini, cioè i copricuscini, tutti ricamati, però magari anche vasi... magari scrive anche! Poi però prima ho detto che ha un coinquilino però secondo me non ha un coinquilino, però ci sono dei vicini, non troppo stretti ma non troppo sola, magari si salutano se si vedono la mattina, però non è completamente sola. Come andrà a finire, cioè secondo me le ore di luce sono sempre le migliori, magari verso sera essendo che vive e lavora sempre nello stesso spazio, magari le prende un po' quella malinconia che sia tutto troppo ripetitivo. Però magari pensa alla passeggiata di domani e si consola."*

Ascoltando queste narrazioni di Anna non si può non pensare all’influenza che il contesto attuale della pandemia da COVID-19 ha suscitato nel vissuto della giovane, col suo carico fatto di chiusura in casa o comunque riduzione delle attività esterne, di routine spesso troppo ripetitiva, scoraggiamento, apatia, claustrofobia, attesa impotente, angoscia di morte infine.

Risulta evidente che lo scenario attuale abbia impattato sui racconti realizzati da Anna, ma se i test proiettivi individuano l’organizzazione della personalità del soggetto, allora sappiamo che i bisogni, le pressioni e le angosce che emergono sono proprie della ragazza [13], probabilmente acutizzate e intensificate da un periodo storico in cui la realtà esterna finisce per corrispondere a quella interna.

Anna aveva già in sé lo scoraggiamento e la paura del futuro, dati da una sfiducia profonda nelle proprie risorse e capacità di realizzazione, che la portano ad evitare le prove sociali aderendo ad una meta finzionale inconscia di superiorità, mantenendo l’opinione di essere molto dotata e di poter raggiungere obiettivi elevati, se non fosse per “i sintomi”. Questo genera anche la chiusura in se stessa e una tendenza ad entrare con gli altri in rapporti superficiali, per scopi utilitaristici o con una modalità sterilmente competitiva.

Questa organizzazione di personalità era già presente prima della comparsa del Covid-19, come si è potuto comprendere dalla raccolta della storia di vita della ragazza, dal fatto che il disturbo alimentare fosse iniziato già nell’autunno 2019 e dall’evidenza che la valutazione testistica mette in luce un profilo già profondamente organizzato, al di là del fattore pandemia.

In termini adleriani possiamo dire che Anna ha supercompensato il suo complesso di inferiorità tramite l’assunzione di una meta di superiorità che tenta di raggiungere tramite il perfezionismo e l’evitamento del confronto con gli altri.

### 3. Obiettivi terapeutici

Il percorso con Anna si basa su una attenta costruzione dell’alleanza terapeutica, curandosi di creare un ambiente rassicurante e incoraggiante, in cui possa sentirsi valorizzata e riconosciuta, potendo lasciare emergere progressivamente, all’interno dello spazio terapeutico, le sue angosce e i suoi timori riguardo a sé stessa, al futuro e alle relazioni con gli altri.

Se in ogni psicoterapia dinamica si lavora prevalentemente sul mondo interno e le rappresentazioni, a maggior ragione nel corso della pandemia il piano di lavoro appare ancor più focalizzato su questo. Con Anna, in virtù della sua difficoltà nel definire la propria identità, risulta centrale riscoprire le sue rappresentazioni del maschile, del femminile, del materno, del paterno, della fratria, delle reciproche relazioni e dell’affettività connessa, potendo anche beneficiare delle sue ricche narrazioni.

È possibile riprendere a scopo terapeutico ogni singola tavola del T.A.T., sommini-strarne altre o far riferimento alla letteratura, ai film, ad opere d'arte, per evidenziare il suo mondo interno in modo che si renda sempre più consapevole, mediante il ri-specchiamento, del suo funzionamento e progressivamente generare qualche trasfor-mazione possibile, tramite il gioco dell'immaginazione.

Delicato sarà il passaggio dall'elaborazione interna al collaudo nella realtà sociale; ora la didattica a distanza e la limitazione della socialità proteggono da un confronto ango-sciante, perché passibile di far percepire ad Anna una propria condizione di inferiorità.

Nel proseguo della condizione pandemica sarà ancora più centrale la relazione stessa tra Anna e me, un esempio di femminile più maturo, con cui senz'altro entrano in gioco le stesse dinamiche che Anna instaura con ogni altro da sé. Occorre peraltro considerare un monitoraggio costante, nella dinamica del transfert e controtransfert, degli aspetti seduttivi e di competizione che possono instaurarsi.

La socialità, dunque, giocata nella relazione autentica con me, da un lato, e nel lavoro introspettivo fatto in seduta, dall'altro, in modo da generare movimento nelle sue im-magini interne di sé, dell'altro e delle relazioni.

## VI. Conclusioni

L'emergenza sanitaria che stiamo vivendo entra, come è logico che sia, anche nella stanza terapeutica, nei vissuti e nei racconti dei pazienti adolescenti, dove privato e pubblico, personale e collettivo si intersecano, influenzandosi a vicenda.

La pandemia si pone in perfetta complementarietà rispetto alle dinamiche del ritiro sociale, emerse, con diverse modalità, nei due casi clinici riportati. Il ritiro sociale di Emma, lo stallo evolutivo in cui è incappata, con il disinvestimento nei confronti dell'altro, con la centralità dell'immaginazione, in un mondo solipsistico da creare e smontare a proprio piacimento, in un ritiro ontogenetico che diventa filogenetico, dal singolare al collettivo, nella constatazione che anche gli altri non vivono fuori casa, perché l'emergenza sanitaria non lo consente.

Anche la scuola *online*, così facile da disertare, inconsistente nell'assenza del corpo, dunque sempre più sfumata e irreali, diventa qualcosa da sostituire facilmente con altre lezioni, quelle del coreano, ad esempio, per Emma.

La didattica a distanza, intrisa dei limiti di cui si fa portatrice, sottraendo il corpo allo sguardo, al tatto, all'olfatto e al gusto, può costituire la chiave per un riavvicinamento guidato alla realtà. Per alcuni ragazzi, infatti, come Emma, il rientro a scuola in vivo, dopo una lunga assenza dalla scuola, può apparire un'impresa ardua, titanica.

Ecco dunque che la didattica a distanza può offrire l’opportunità di avvicinarci a piccole dosi, consentendo al ragazzo di frequentare gradualmente, anche solo qualche ora di lezione in un primo momento, senza che l’irruzione del corpo e della vergogna di sentirsi osservati prenda il sopravvento e renda impossibile riaccostarsi alla scuola.

Il caso di Anna ci porta nel mondo di una ragazza che ha invece iperinvestito sul corpo, tramite il controllo del peso e dell’alimentazione, attraverso una spasmodica attenzione alle cure estetiche. Questa appare come una diversa modalità difensiva, rispetto a quella di Emma, ma che ha il medesimo fine di mantenere la propria chiusura, nella sua autocentratura supercompensatoria, priva di genuino interesse per l’altro da sé. L’evitare uno scambio emotivo reale con l’altro, foriero di ostacoli e difficoltà che sfidano le proprie sicurezze, si configura come una limitazione del sentimento sociale di queste due adolescenti.

Emma e Anna, ragazze per le quali il compito vitale delle relazioni, sociali e affettive, rimane insoluto, per le quali dunque l’evoluzione risulta inceppata, bloccata in un eterno presente che, se da un lato protegge dal terrore del fallimento, dall’altro diventa un ripetersi monotono di schemi che si autoalimentano, in una condizione apatica, anedonica, anestetizzante.

La terapia diviene, oggi ancora di più, lo spazio in cui sperimentarsi in una relazione reale e autentica, quando anche la scuola e i normali contesti aggregativi sono sospesi o vissuti a distanza, privilegiando gli aspetti prestazionali più che quelli relazionali.

Lo spazio terapeutico offre l’opportunità di uno scambio emotivo protetto, in cui rassicurarsi e prendere coraggio per affrontare le sfide della socialità e della crescita; questo spazio, ai tempi della pandemia, deve giocare ancora di più sul mondo interno e sulla relazione autentica nella diade paziente-terapeuta ai fini dello sviluppo del sentimento sociale. A tal fine, come terapeuti, mantenere e sviluppare la propria consapevolezza personale e professionale, esplorando i propri vissuti in merito alla pandemia e alla specifica relazione con ogni paziente risulta fondamentale.

## **Bibliografia**

1. ADLER, A. (1920), *Praxis und Theorie der Individualpsychologie*, tr. it. *Prassi e teoria della psicologia individuale*, Astrolabio, Roma 1947.
2. ADLER, A. (1935), I concetti fondamentali della Psicologia Individuale, *Riv. Psicol. Indiv.*, 33: 5-9, 1993.
3. ANSBACHER, H. L., ANSBACHER, R. R. (1956), *The Individual Psychology of Alfred Adler*, tr. it. *La psicologia individuale di Alfred Adler*, G. Martinelli, Firenze 1997.

4. BROOKS, S. K., WEBSTER, R. K., SMITH, L. E., WOODLAND L., WESSELY, S., GREENBERG, N., RUBIN, G. J. (2020), The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence, *Lancet*, Vol. 395: 912-920.
5. CAPPELLO, G. (a cura di, 2013), *Adolescenze in viaggio. Percorsi di psicoterapia con l'adolescente e il suo ambiente*, Effatà Editrice, Torino.
6. IORIO, C., GAMBARINI, C., CANZANO, C. (2009), "Second Life": il sogno di un Altrove, *Riv. Psicol. Indiv., suppl.* n. 65: 109-120.
7. LANCINI, M. et al. (2019), *Il ritiro sociale negli adolescenti*, Raffaello Cortina Editore, Milano.
8. MAHLER, M., PINE, F., BERGMAN, A. (1975), *Psychological Birth of the Human Infant. Symbiosis and Individuation*, tr. it. *La nascita psicologica del bambino*, Boringhieri, Torino 1975.
9. MARASCO, E. E., MARASCO, L. (a cura di, 2005), *Lezioni di Psicologia Individuale di Francesco Parenti*, Quad. Riv. Psicol. Indiv. SIPI Milano.
10. RICCI, C. (2008), *Hikikomori: adolescenti in volontaria reclusione*, Franco Angeli, Milano.
11. SARAMAGO, J. (1995), *Ensaio sobre a Cegueira*, tr. it. *Cecità*, Feltrinelli Editore, Milano 2013.
12. SATCHER, D., KENNEDY, P. J., EVANS JR., A. C. (2020), Failure to address coronavirus mental health issues will prolong impact, The Hill.
13. SHENTOUB, V. (2010), *Manuel d'utilisation du T.A.T.: approche psychanalytique*, tr. it. *Manuale di utilizzo del T.A.T. Un approccio psicoanalitico*, Pgreco, Roma 2019.
14. SOMER, E. (2018), Maladaptive Daydreaming: Ontological Analysis, Treatment Rationale; a Pilot Case Report, *Frontiers in the Psychotherapy of Trauma and Dissociation*, 1(2): 1-22.
15. SOMER, E., ROSS, C. A., SOFFER-DUDEK, N., HALPERN, N. (2019), Maladaptive Daydreaming: Proposed Diagnostic Criteria and Their Assessment with a Structured Clinical Interview, *Psychology of Consciousness: Theory, Research and Practice* 2017, Vol. 4, 2, 176-189.
16. WANG, G., ZHANG, Y., ZHAO, J., ZHANG, J., JIANG, F. (2020), Mitigate the effects of home confinement on children during the COVID-19 outbreak, *Lancet*, Vol. 395: 945-947.

Laura Righetti  
Via Toscanini 22  
I-41043 Formigine (MO)  
E-mail: lau.righetti@gmail.com

Francesca Rossi  
Via Risorgimento 432/4B  
I-40069 Zola Predosa (BO)  
E-mail: francescarossi86bologna@gmail.com

## Recensioni

BASTIANINI, A. M. (a cura di, 2021), *Bambini in Psicoterapia: un approccio Adleriano tra psicoanalisi e neuroscienze*, Carocci, Roma (pp. 174).

Contributi di: Saveria Barbieri, Giuseppe Benincasa, Maria Dolcimascolo, Natalia Elinoiu, Federica Fella, Stefania Giampaoli, Lino Graziano Grandi, Gian Sandro Lerda, Federica Marabisso, Silvia Mastrogiacomo, Roberto Mirante, Marco Raviola e Barbara Sini.

Il volume, edito da Carocci, è stato pubblicato l'11 marzo 2021 e raccoglie, sotto la sapiente guida della curatrice, i contributi di 25 anni di lavoro con i bambini di un gruppo di Psicoterapeuti Adleriani che non ha mai smesso di confrontarsi, progredire e strutturare un modello di intervento terapeutico nell'ambito dell'infanzia.

Anni fecondi in cui il pensiero Adleriano ha costituito, per tutti gli appartenenti al gruppo, una solida base esplicativa del funzionamento psicologico del bambino, che viene sempre collocato nel suo ambiente familiare, scolastico e sociale ed è sempre inteso come unità indissolubile di mente e corpo. Ancora oggi, malgrado lo sforzo di unificazione di questi due interconnessi costrutti concettuali, non sempre questa unità trova riscontro concreto in una pratica clinica tangibile, descritta in modo esplicito nei suoi fondamenti e fruibile da altri professionisti che intendono cimentarsi in questo complesso contesto di intervento. È forse questo il principale obiettivo che emerge dal libro, la cui stesura è stata sollecitata da tempo alla curatrice, foriera di un sapere che non poteva non essere condiviso.

Dalle sue pionieristiche sperimentazioni sulle pratiche psicomotorie, originarie del contesto francese, fino alle sue più recenti incursioni nella psicologia transculturale che affondano le radici, ancora una volta, in contesti accademici parigini per divenire impegno personale pratico e concreto in sud America, Anna Maria Bastianini ha saputo costruire, grazie ai suoi ormai 50 anni di esperienza clinica maturata con i bambini in ambito sia pubblico sia privato, una cornice esplicativa, in questo volume, in cui ha reso esplicito come la mente prende forma dal corpo, dal movimento e dall'emozione. Ed è il corpo che diviene elemento fondamentale nella stanza di psicoterapia infantile come mezzo di cambiamento, un corpo che è costantemente coinvolto nell'azione

trasformatrice che il/la psicoterapeuta guida sapientemente, anche attraverso il gioco, con un saldo modello teorico di riferimento. E il fondamento epistemico del proprio agire terapeutico diviene per lo psicoterapeuta dell'infanzia, in parte, faro per i suoi movimenti esplicativi, chiarificatori e interpretativi di ciò che il bambino mette in scena attraverso il suo immaginario e, in parte, diviene strumento metodologico chiaro e consapevole di come si possa avere accesso, durante le sedute di psicoterapia, a quelle dinamiche inconscie che disturbano i fisiologici processi di sviluppo del bambino e della bambina.

All'inizio del volume i supervisori, Lino Graziano Grandi, Anna Maria Bastianini e Giuseppe Benincasa, ovvero coloro che, rispettivamente, hanno permesso a questo gruppo di professionisti dell'infanzia di nascere, crescere e far evolvere la pratica clinica infantile, riscoprendo, come esplicitato nel sottotitolo, anche le basi psicoanalitiche classiche freudiane, hanno chiarito gli imprescindibili presupposti teorici che devono essere posti alla base della teoria e della prassi, aggiornando l'approccio adleriano alla luce delle più recenti scoperte neuroscientifiche e aggiornandolo in base ai risultati dell'Infant Research.

Nella seconda parte si è poi lasciato spazio alla voce dei singoli psicoterapeuti che hanno esplicitato, nelle esemplificazioni cliniche, sia la narrazione di che cosa avviene in seduta e di che cosa trasforma e attiva il cambiamento, sia la spiegazione dei processi di sintonizzazione emotiva, che, attraverso un coinvolgimento emotivo e corporeo dei piccoli pazienti, riattivano i processi di sviluppo bloccati, regrediti o soltanto rallentati, dando ai bambini e alle bambine, sia nel lavoro individuale sia nel lavoro di gruppo (attraverso il metodo dello psicodramma adleriano) nuove vie di accesso al benessere proprio e della propria famiglia.

Due possono essere le novità che emergono da questo volume.

La prima è che le più recenti conclusioni teoriche sull'*Embodied Cognition* e sull'*Embedded Cognition*, trovano nell'esplicitazione di questo modo di intendere la pratica clinica, un'esemplificazione concreta: le recenti ricerche in ambito neuroscientifico, infatti, sembrano evidenziare con forza e determinazione un'unità bio-psico-sociale dell'individuo, soprattutto nelle prime fasi dello sviluppo, che Adler aveva già anticipato un secolo fa e che il gruppo di psicoterapeuti, autori dei contributi di questo volume, sembrano aver fatto proprio in ben più di un quarto di secolo di pratica clinica, pur senza cadere nell'insidioso pericolo di uno sterile riduzionismo neurobiologico.

La seconda è legata al fatto che potrebbero rimanere deluse le aspettative di un lettore esperto di storia del pensiero adleriano che non ritroverà, in questo volume, la descrizione di come si sia evoluto, nel corso del tempo, il modo di lavorare con i bambini nella stanza di psicoterapia da Adler ai giorni nostri. Non sarà tuttavia deluso nel sentire che un gruppo compatto di professionisti sostanzia nel concreto quel costruito

concettuale che non trova pari in altri modelli psicodinamici, vale a dire il concetto di “Sentimento Sociale”. Immergendosi nella lettura di questo volume il lettore si troverà coinvolto all’interno di una esplicitazione teorica di un modo di lavorare profondamente condiviso, continuamente discusso e intimamente elaborato in supervisioni cliniche, in cui il professionista è sempre implicato nel processo, in prima persona, con il suo corpo e con le sue emozioni.

Il fatto che questo modello di intervento di Psicoterapia Individuale applicato all’età infantile venga ora reso esplicito, finalmente, in uno scritto, può essere letto come contributo cooperativo al successo professionale sia di ciascuno dei componenti del gruppo sia di tutto il gruppo nel suo complesso, e può anche essere letto come il tentativo di mettere a disposizione delle nuove generazioni un modello di cooperazione tra professionisti che lascia intravedere, nella coralità di un *modus operandi* condiviso, la possibilità che si possa svolgere la propria attività professionale nell’ottica del servizio alla comunità o, per utilizzare le parole con cui la curatrice chiude il volume, “con uno sguardo al benessere comune”.

*Barbara Sini*

GIACCARDI, C., MAGATTI, M. (2020), *Nella fine è l'inizio*, Il Mulino, Bologna (pp. 185).

Entrambi di formazione sociologica Chiara Giaccardi e Mauro Magatti prendono le mosse dalla pandemia da Covid-19 per riflettere sulla condizione antropologica dell'uomo contemporaneo. Una "crisi sistemica", come viene definita dagli autori, perché il virus ha colpito indistintamente tutti i settori economici, istituzionali e sociali, bloccandone di fatto il funzionamento.

Esperita come un evento traumatico, la pandemia Covid-19 ha minato le fondamenta delle presunte certezze esistenziali dell'essere umano, slatentizzando e radicalizzando fragilità e angosce celate sotto il paradigma imperante della globalizzazione neoliberista e dell'individualismo di stampo edonista.

A detta degli Autori, la pandemia da Covid-19 si presenta come il terzo shock globale annunciato - dopo l'attacco terroristico dell'11 Settembre e la crisi finanziaria del 2008 - a mettere drammaticamente in scacco non solo l'impalcatura socioculturale fin qui esistente, ma l'intera vita psichica individuale, rimodulandone, giocoforza, i rapporti tra individuo-collettività.

Prendendo spunto dalla provocatoria considerazione che "l'esperienza autentica è sempre negativa", gli Autori tentano di dare risposta alla domanda centrale che sottende tutto il libro, ovvero *cosa* possiamo imparare da questa vicenda e *come* tutto questo apparente non-senso impatta rispetto al sistema di valori caratterizzante l'Occidente. Sulla base di questa domanda intrinseca, il Virus si configura, quindi, come lente per leggere il nostro tempo e lo fa a partire da cinque parole-chiave che caratterizzano l'organizzazione della nostra società: il *rischio*, la *connessione*, la *libertà*, la *Potenza della Tecnica* e l'*insicurezza*.

La "società del *rischio*", come viene definita da Ulrich Beck, è il prodotto dello sviluppo straordinario che abbiamo raggiunto in questi decenni in ambito produttivo, tecnologico, sociale; società che contiene, al suo interno, una serie di pericoli, vulnerabilità di varia natura e l'esposizione a una serie di possibili shock come inevitabile conseguenza della complessità di interconnessione tra i vari sistemi. Nonostante gli innumerevoli progressi fatti, rimaniamo, di fatto esseri umani imperfetti ed esposti all'imprevedibile e alla mancanza di controllo totale.

Ma il rischio non ha solo un'accezione negativa; esso può essere lo stimolo per trovare nuovi equilibri socioeconomici fondati su una diversa idea di crescita, sostanzialmente meno individualistica e più relazionale. Il vero "rischio", sostengono gli Autori, è proprio quello della omeostasi, di adattarsi passivamente alla situazione in attesa di ripristinare i vecchi scenari.

Essere sempre *connessi* è diventata la nuova struttura della relazione sociale. Un *network* in cui ogni individuo rappresenta il nodo di una rete costituita da altri nodi dove tutto (relazioni, danaro, informazioni, merci) circola a ritmi frenetici senza limiti spaziali e con investimento affettivo ridotto al minimo. La Pandemia ci ha costretti, paradossalmente, a ripristinare tempi e spazi più ristretti, più circoscritti, e, soprattutto, a ricordarci della natura eminentemente biologica e sociale dell'essere umano.

Non solo, la Pandemia ci ha anche ricordato in maniera inequivocabile che siamo tutti in relazione, biologicamente e tecnologicamente, e la nostra individualità prende forma dentro a delle relazioni di *interdipendenza*, ovvero liberi e dipendenti allo stesso momento.

La Pandemia ha, inoltre, riconfigurato il concetto di *Libertà* a favore del “capitalismo della sorveglianza”. Se il presupposto della globalizzazione neoliberista consisteva nell'alimentare la crescita economica mediante la liberazione di desideri e bisogni individuali, il cosiddetto capitalismo digitale si sta spingendo oltre e con la scusa della scelta tra privacy e salute del tracciamento sta lentamente gettando le basi per un controllo sempre più massiccio di desideri e bisogni collettivi e una sempre maggiore inferenza nella vita delle persone. Nella gestione della biosicurezza (tracciamento della pandemia) la preoccupazione non riguarda solo la gestione della privacy dei dati raccolti dall'App. Immuni quanto la gestione di fondo che le società contemporanee sembrano intraprendere. Il “capitalismo della sorveglianza”, come viene definito dagli Autori, è il salto di qualità del capitalismo tecnologico.

Tra i tanti paradossi che la Pandemia ha fatto emergere, quello più evidente è il dualismo *volontà di potenza-fragilità*. Il ricercare in modo spasmodico il superamento del proprio sentimento di inferiorità attraverso il ricorso esclusivo a mètte di natura tecnoeconomica ha paradossalmente alimentato un senso di onnipotenza che alla lunga ha generato fragilità fisica e psicologica, soprattutto a carico delle fasce più deboli. Occorre, secondo gli Autori, integrare la volontà di potenza con la fragilità e le disuguaglianze sociali, affinché la volontà di potenza diventi uno strumento di crescita collettiva e non di mero interesse individuale.

Ed infine l'*angoscia* - in quanto ontologicamente intrinseca all'esistenza umana - ha impattato in maniera inesorabile sul grande non-detto dell'era tecnologica: il concetto di morte. Il lutto collettivo, rappresentato dalle immagini raccapriccianti delle file di cadaveri giornalieri e i continui bollettini di morte, ha interrogato ciascuno di noi sulla nostra caducità e senso ipercompensato di onnipotenza, obbligandoci a doverci confrontare con un pericolo molto più vicino di quanto si fosse mai creduto.

Di fronte a questi temi così centrali nella vita quotidiana di ciascuno di noi, ecco che la Pandemia si pone come vera e propria *sfida*, come un potenziale di crescita in senso collettivo, dove non esiste più solo l'io autoriferito e puramente edonistico, ma

un insieme interindipendente di individui in continuo collegamento uno con l'altro. Ciò che dovrebbe caratterizzare le coordinate di senso del tempo prossimo venturo, secondo gli Autori, non è tanto un Futuro semplicemente scritto nelle premesse date, ma un divenire che si sviluppa in senso *pro-attivo* da cause non sempre identificabili, ma che contiene quell'elemento di imprevedibilità che è anche il segno della Libertà umana verso un avvenire che noi stessi riscriviamo.

Il Trauma può essere generativo e *creativo* se include la possibilità di aprire nuove strade e nuovi significati; non una semplice ripartenza, ma un nuovo Inizio. Questo, in buona sostanza il nuovo Uomo Resiliente che sembra delinearci dalle pagine di *Nella fine è l'inizio*. Per realizzarlo, però, occorre un affidarsi al nuovo, all'inaspettato, al riconoscimento della fragilità umana, alla cura verso il prossimo, alle iniziative *coraggiose* e tempestive.

Riecheggiano echi di adleriana memoria in questo libro denso, lucido e poco propenso ai facili ottimismo. Non si tratta di accettare passivamente una disgrazia di immane portata esistenziale, ma comprendere che, come scriveva Alfred Adler centocinquanta anni fa, non può esistere salute mentale se la volontà di potenza non si armonizza con il sentimento sociale. Un pensiero, quello di Adler, che, in ultima analisi, torna ad essere estremamente attuale e per certi versi profeticamente lungimirante a distanza di quasi due secoli.

*Sabrina Cabassi*

VICARI, S., DI VARA, S., (a cura di, 2021), *Bambini, adolescenti e Covid 19, l'impatto della pandemia dal punto di vista emotivo, psicologico e scolastico*, Edizioni Centro Studi Erikson, Trento (pp.112).

Il testo può essere un prezioso spunto per gli adulti a contatto con bambini e ragazzi che hanno bisogno di nuove coordinate per orientarsi nel delicato momento che la pandemia ci sta presentando.

Il libro, a cura di Stefano Vicari e Silvia di Vara, contiene in realtà più voci (V. Lingiardi, D. Lucangeli, N. Perini, G. Stella, D. Ianes, R. Bellacicco, A. Sansavini, E. Trombini, A. Guarini) che si susseguono, capitolo per capitolo, nella descrizione dei cambiamenti che le misure per la gestione del contagio da Covid 19 hanno portato al modo di vivere dei bambini e degli adolescenti, nei principali ambienti in cui questi si muovono: la famiglia, la scuola e la società in generale.

Ogni capitolo presenta uno specifico focus d'attenzione per cui non vengono trascurati gli aspetti emotivi, psicologici e scolastici che hanno riguardato i ragazzi e le famiglie nell'ultimo anno.

Da quando a marzo del 2020 abbiamo affrontato il primo *lockdown*, abbiamo spesso sentito dire che la deprivazione sociale, l'allontanamento forzato da luoghi educativi ed affettivi e il ribaltamento delle routine familiari, avrebbe inciso in maniera significativa sul benessere dei più piccoli. Ma in che modo? Quali sono i meccanismi che hanno messo alla prova la tanto citata "resilienza" in questi mesi?

Vittorio Lingiardi prova a rispondere a questi interrogativi all'interno del primo capitolo del libro in cui tratta la pandemia, soffermandosi sui suoi aspetti traumatici rispetto ai quali vengono considerati sia variabili concrete quali le condizioni abitative durante il *lockdown* o la posizione di prima linea all'esposizione al rischio da contagio, quanto quelle di ordine soggettivo poiché è la personalità di ciascuno che determina il tipo di risposta psicologica davanti allo stesso (seppur enorme) evento.

In termini adleriani potremmo dire che è il modo in cui quello specifico stile di vita si è finora strutturato a determinare la capacità di far fronte agli eventi che si stanno attualmente presentando. L'autore sottolinea dunque come siamo arrivati ad impossessarci di altri luoghi che fungessero da sostituti momentanei degli spazi di cui siamo stati improvvisamente privati: ecco che le finestre e i balconi sono diventati sbocchi verso l'esterno e gli schermi dei pc i principali strumenti di scambio relazionale con amici, compagni di scuola, insegnanti e familiari lontani.

Persino la psicoterapia, che aveva finora guardato con scetticismo a questo tipo di metodologia, si è dovuta ricredere per mantenere il filo prezioso che lega ciascun te-

rapeuta ad ogni paziente e si è forse venuti in contatto con altre dimensioni relazionali rispetto alle quali eravamo miopi, prima di ricorrevi spinti dal bisogno.

Nel secondo capitolo Daniela Lucangeli e Nicoletta Perini mettono al centro il tema dei bambini, degli apprendimenti e delle emozioni in un'ottica di cambiamento evocato dalle contingenze familiari e scolastiche.

Nel trattare la questione, le autrici entrano nel merito del malessere infantile portando risultati di ricerche sulle modalità in cui il disagio ha preso forma nei bambini e negli adolescenti di diverse età e sui fattori che maggiormente hanno influito su di esso; variabile principale pare essere lo stress familiare, dato che rafforza la tesi secondo la quale gli adulti fungono da filtro rispetto alla percezione di dolore psicologico soprattutto da parte dei più piccoli. In questa parte del libro vengono fornite le principali misure d'aiuto che i genitori possono attivare nei confronti dei figli e viene inserito il primo spunto di riflessione sulla didattica a distanza che può forse diventare, con i giusti accorgimenti, una didattica di vicinanza.

Tale punto introduce l'argomento del terzo capitolo che Giacomo Stella individua nei bambini e la scuola. In questa parte del libro l'autore procede ad un'analisi dettagliata del sistema scolastico che in questo particolare momento ha mostrato in maniera inequivocabile i suoi punti deboli e le sue fragilità preesistenti causate da un mancato aggiornamento non solo metodologico ma del modo di essere pensato come sistema educativo per tutti in un'ottica di offerta personalizzata per ogni alunno.

Grande colpa della scuola secondo Stella sarebbe quella di allontanarsi dai nuovi strumenti tecnologici entrati a far parte del quotidiano utilizzo degli studenti, per rintanarsi in vecchie metodologie di spiegazione e ripetizione dalle quali le nuove generazioni si sentirebbero sempre più distanti. Se un barlume di cambiamento si era in passato intravisto con la legge 170/2010 circa l'approvazione di strumenti compensativi e dispensativi per bambini con Disturbi Specifici dell'Apprendimento, il vetusto sistema scolastico ne ha tradito i principi fondanti, utilizzandola per categorizzare e suddividere gli studenti sulla base di difficoltà e diagnosi, fuggendo così dalla reale innovazione.

Nel tentativo di scongiurare questa deriva, Stella conclude il capitolo con spunti che possano fungere da inversione di rotta di questo andamento, utilizzando la crisi come occasione di cambiamento a patto che la scuola tutta venga ripensata mettendo al centro gli studenti quanto gli insegnanti e rivalutando i nuovi strumenti tecnologici, i contenuti e il tempo da dedicare alla didattica in classe e in casa.

Lo scenario fin qui presentato si carica di gravità se si guarda, come avviene nel quarto capitolo, al modo in cui gli studenti con disabilità hanno vissuto l'esperienza della didattica a distanza.

In “Non uno di meno: bambini e adolescenti con bisogni educativi speciali alla prova del Covid-19” Dario Ianes e Rosa Bellacicco trattano le difficoltà incontrate da questi studenti che in molti casi non hanno partecipato alle lezioni in remoto. Oltre a fattori ambientali, quali la difficoltà a reperire materiali digitali o la mancanza di disponibilità delle famiglie a seguire i loro figli, pare evidente come anche in questo caso le arretratezze del sistema educativo si siano mostrate nella loro drammaticità. Nello specifico i Piani Educativi Individualizzati (PEI) degli studenti con disabilità non sono stati adattati ai nuovi bisogni e alle nuove modalità di gestione delle lezioni; si sono invece demandate sempre più responsabilità agli insegnanti di sostegno, allontanando sempre di più le possibilità di inclusione nel gruppo dei pari.

Nel quinto e ultimo capitolo Alessandra Sansavini e le sue collaboratrici danno parola a genitori e insegnanti che ci raccontano i vissuti dei loro figli e studenti tramite la condivisione della loro esperienza all’interno dello spazio offerto da uno sportello online di supporto alla genitorialità per mamme e papà di bambini nella fascia 0-6 anni.

Nel momento in cui si era più distanti e questi spazi potevano apparire inaccessibili, la condivisione emotiva delle preoccupazioni genitoriali, inerenti soprattutto ai movimenti regressivi dei loro bambini, hanno permesso di fermarsi nel “qui e ora” della problematica, senza negarla o sminuirla, e di promuovere nei genitori la consapevolezza delle dinamiche relazionali in corso distinguendo desideri e bisogni di ogni membro della famiglia. Altrettanto importante è risultato il sostegno psicologico agli insegnanti che, oltre a tutte le fatiche e i cambiamenti incontrati, sono riusciti, tramite gli schermi dei loro pc, ad entrare nelle case e saggiare l’atmosfera familiare in cui i loro alunni si muovono quotidianamente, riuscendo a intercettare meglio sfumature relazionali altrimenti inaccessibili.

Il libro “Bambini e adolescenti e Covid-19” raccoglie diversi sguardi sullo stesso fenomeno e restituisce la complessità del materiale umano coinvolto nei cambiamenti che questo momento storico ci sta presentando. Il modo di trattare i diversi aspetti dell’argomento si discosta in maniera radicale dalla cultura maniacale dell’“andrà tutto bene”, alla quale troppo spesso ci hanno abituato slogan vuoti di senso; al contempo, però, le analisi non si arrestano alla drammaticità del periodo, ma cercano in ogni ambito nicchie di potenzialità e crescita a partire proprio dalla crisi alla quale il Covid-19 ci ha sottoposto.

Se lo stile di vita strutturato fino a questo cruciale momento ha stabilito le modalità di risposta individuale alle fatiche del periodo storico in cui viviamo, ogni ambito presenta strade in cui il Sé Creativo può muoversi per sciogliere nodi e fisiologiche crisi, sottolineando l’importanza che gli spazi di ascolto e aiuto psicologico possono rappresentare in termini di crescita e approccio alle difficoltà in cui tutti, ognuno in maniera diversa, siamo immersi.

*Francesca Durante*

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

*Member-Group of the*  
INTERNATIONAL ASSOCIATION OF INDIVIDUAL PSYCHOLOGY

**Incontro Online di Aggiornamento e Formazione**

**SABATO 13 NOVEMBRE**  
**9.00 - 13.00**

PIATTAFORMA ZOOM

**Il controtransfert e l'identificazione proiettiva  
in psicoterapia**

Conduce l'incontro:

**Prof. Paolo Migone**

Specializzato in Psichiatria sia in Italia sia negli Stati Uniti, dove si è diplomato in Psicoanalisi. Condirettore della rivista *Psicoterapia e Scienze Umane* ([www.psicoterapiaescienzeumane.it](http://www.psicoterapiaescienzeumane.it)). Copresidente del *Rapaport-Klein Study Group* (Austen Riggs Center, Stockbridge, Massachusetts).

Fondatore della sezione italiana della *Society for Psychotherapy Research* (SPR) e del gruppo italiano della *Society for the Exploration of Psychotherapy Integration* (SEPI).

È *Research Associate* dell'*American Psychoanalytic Association* e membro dell'*editorial board* di *Psychological Issues*.

**L'incontro è riservato ai Soci S.I.P.I.**

Per iscriversi:

inviare una mail all'indirizzo **[info@sipi-adler.it](mailto:info@sipi-adler.it)**

Agli iscritti verrà inviato il link per la partecipazione.