

PSICOLOGIA INDIVIDUALE

Anno LII

Luglio-Dicembre 2024

Numero 96

Editoriale di G. Mazzoli	<i>Sugli sforzi per contribuire al miglioramento della qualità della vita</i>	3
M. Sevi Koç B. Uzun	<i>Il ruolo della Mindfulness tra Interesse Sociale e Salute Psicologica</i>	9
C. Ghidoni	<i>Curare, guarire e formare nel XXI secolo e il pensiero Adleriano Psicodinamico</i>	29
S. Laguzzi	<i>Il terapeuta, l'incontro, la relazione e la fatica nella terapia del Disturbo Borderline di Personalità (DBP)</i>	41
G. S. Lerda E. Cavalli	<i>Gli effetti profondi del trauma precoce nella costruzione del senso di Sé: una introduzione alla dissociazione in età infantile</i>	63
A. Malfatti	<i>Case Study. Prospettive di natura transculturale nella clinica con nuove tipologie di adolescenti</i>	91
Recensioni	101
Notiziario	103



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; 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; 3-5 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.

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

Caporedattore

CHIARA BERSELLI

Segreteria

SABRINA GAROLFI

Redattori

CLAUDIA CORBELLI

LAURA RIGHETTI

SILVIA RONDI

FRANCESCA ROSSI

Direzione

Via Assalini 35 - 42123 Reggio Emilia

Tel. 347 2483044

E-mail: giansecondo.mazzoli@gmail.com

Sede legale

c/o Società Italiana di Psicologia Individuale

Via Assalini, 35

42123 Reggio Emilia

Casella Postale

rivistasipi@libero.it

Impaginazione: adrianochiappa@gmail.com

Stampa: ale.for62@gmail.com

PSICOLOGIA INDIVIDUALE

Year LII

July-December 2024

Number 96

Editorial by G. Mazzoli	<i>On Contribution to Raise the Standard of Living: Some Efforts...</i>	3
M. Sevi Koç B. Uzun	<i>The Role of Mindfulness in the Relationship between Social Interest and Psychological Health</i>	9
C. Ghidoni	<i>Treating, Healing and Training in the 21st Century and Adlerian Psychodynamic Thinking</i>	29
S. Laguzzi	<i>The Therapist, the Meeting and the Relationship, the Fatigue in the Therapy of DBP</i>	41
G. S. Lerda E. Cavalli	<i>The Deep Effects of Early Trauma on the Construction of the Sense of Self: an Introduction to Dissociation in Developmental Age</i>	63
A. Malfatti	<i>Case Study. Transcultural Perspectives with New Types of Adolescents</i> ...	91
Reviews	101
Announcements	103



Editoriale

Sugli sforzi per contribuire al miglioramento della qualità della vita...

GIANSECONDO MAZZOLI

Il numero 96 della Rivista di Psicologia Individuale è presentato ai lettori con temi che, come di consueto, trattano questioni orientate all'ampliamento delle conoscenze dei funzionamenti psichici e, per conseguenza, alla crescita delle capacità di intervenire nelle situazioni di sofferenza che possono colpire individui di ogni età come pure i sistemi organizzati, siano essi strutturati su vincoli affettivi come pure su quelli professionali.

A fronte delle tante complessità che agitano molte società nel tempo presente, gli sforzi di essere studiosi e professionisti che cercano strade per migliorare la qualità della vita degli individui, dei gruppi e delle collettività possono sembrare poca cosa, specie se messe a confronto con la vastità dei persistenti pregiudizi e delle scelte disumane che animano ancora molti scenari di tante parti del mondo.

Senza dimenticare, per noi adleriani, gli afflati dello stesso Adler che ha trasmesso, con la sua vita e i suoi scritti, l'urgenza di contribuire allo sviluppo delle società nella direzione del rispetto delle differenze, della cooperazione orientata alla ricerca del bene comune, della gestione del potere per favorire il benessere degli individui. I Suoi pamphlet contro la guerra e le disuguaglianze sociali fanno ancor oggi da stimolo e, al tempo stesso, sono di sconcertante attualità.

Per continuare il nostro umile cammino di crescita, presento i temi di questo numero 96. Sono temi che affrontano aspetti diversi, ma tutti orientati alla ricerca del benessere. Riguardano la ricerca dell'armonia interiore, il recupero della tranquillità nella gestione delle relazioni interpersonali e la necessità di ampliare lo sguardo di fronte alle differenti etnie che compongono la nostra società. Il tema dell'armonia interiore è declinato nella ricerca del senso di Sé, non nell'ottica narcisistica che tanto domina l'attualità, quanto per essere persone che sanno esprimere nei modi più autentici il sentimento sociale.

Il recupero della tranquillità è sviluppato in due articoli che affrontano il tema della gestione e del superamento dei traumi, siano essi subiti in età infantile siano essi incisi nel funzionamento di persone già adulte.

Infine, l'ampliare lo sguardo sulle differenti etnie è argomento trattato nel caso clinico che riguarda appunto le difficili armonizzazioni delle differenze che esistono tra culture diverse. I temi qui presentati sono di certo solo piccole porzioni, collocate sul lato utile della vita, che possono essere definite come *“sforzi per contribuire al miglioramento della qualità della vita...”*

Il primo contributo, in traduzione dal *Journal of Individual Psychology*, tratta il tema della mindfulness, tecnica di derivazione buddista che negli ultimi anni ha suscitato un crescente interesse nella clinica psicologica, sia nei protocolli di cura che nei percorsi di conoscenza di Sé. Gli autori, M. Sevi Koç e B. Uzun, ricercatori adleriani appartenenti alla NASAP, la North American Society for Adlerian Psychology, avanzano l'ipotesi che la pratica della mindfulness, finalizzata all'aumento della consapevolezza di Sé, abbia una forte relazione con la crescita del sentimento sociale che può aumentare di livello tanto nell'empatia nelle relazioni interpersonali quanto negli impegni verso la comunità.

A sostegno dell'ipotesi vengono proposti, nei due paragrafi iniziali, numerosi riferimenti presenti in letteratura che riguardano la relazione tra il sentimento sociale e la mindfulness. Vi si trovano descrizioni che segnalano le aree di contiguità e, a tratti, di sovrapposizione dei vissuti che la pratica della mindfulness sviluppa con quelli derivanti dall'esercizio del sentimento sociale. Un terzo paragrafo propone la prospettiva del *framework* della mindfulness che, nel riconoscere e alimentare la profonda interconnessione delle vite degli individui, riecheggia con chiarezza l'apertura al sociale del pensiero di Adler.

A verifica dell'ipotesi di una bi-direzionalità positiva degli effetti che la pratica della mindfulness può avere sul sentimento sociale (e viceversa), i ricercatori hanno condotto un'indagine su studenti universitari somministrando tre questionari, *La Scala Mindfulness Cognitiva e Affettiva-Revised*, *L'Inventario dell'Interesse Sociale* e *Il Mental Health Continuum-Short Form*.

I risultati emersi dall'incrocio delle variabili sono interessanti perché, pur nei limiti del campione - correttamente segnalati dagli autori -, indicano un'effettiva influenza positiva sia del sentimento sociale che della pratica della mindfulness sulla salute psicologica degli individui. La ricerca ha inoltre il valore di essere la prima indagine di matrice adleriana che *“offre prove empiriche sulla relazione, finora inesplorata, tra l'interesse sociale, la mindfulness e la salute mentale”*.

Il secondo contributo, a firma di Claudio Ghidoni, presenta le riflessioni sul tema della complessità del tempo presente e dei rischi che la cultura dominante offuschi o porti a smarrire l'autenticità della ricerca del senso della nostra vita. Interessante la prospettiva che Ghidoni adotta per portare l'attenzione sugli effetti dei progressi tecnologici che, nei loro sviluppi, configurano il rischio di sostituire con la logica degli algoritmi, molte funzioni che, da sempre, sono ad esclusivo appannaggio della mente umana.

Sviluppi che, tramite l'intelligenza artificiale, vanno rapidamente colonizzando le procedure esecutive e quelle creative e concorrono a dare vita a pericolosi atteggiamenti che alimentano una impropria cultura che immagina possibile anche il superamento degli invalicabili limiti a cui tutti gli umani non possono che essere sottoposti.

Pur accogliendo la positività del progresso, il contributo è un intelligente percorso che contrappone al potere tecnologico che, mal usato, rinforza l'individualismo in maniera esasperata, quelle dimensioni che valorizzano l'uomo, che può trovare la sua autenticità entro i limiti posti dalla realtà dell'esistenza. Nel titolo dato al contributo *Curare, Guarire e Formare nel XXI secolo e il pensiero adleriano psicomodinamico* sono ben delineati i percorsi che, ispirati al pensiero di Adler, permettono all'uomo, ben collocato nella collettività e nella natura, di appropriarsi del potere di costruire le personali dimensioni di senso per Sé e per gli altri.

Curare richiama la prospettiva di agire guidati nella convinzione che la malattia o il disagio psichico sia espressione dell'unicità dell'uomo. I suoi sintomi parlano di linee inconsapevoli, celate nelle zone dell'inconscio che, per essere svelato, richiede l'esercizio dell'attesa, dell'accoglienza, della capacità creativa di leggere i simboli che prendono forma dalla cultura personale e da quella comunitaria.

Guarire è percorrere la strada della ricerca, del percorso creativo che può portare a ritrovare significati sempre nuovi all'interno delle relazioni che si concretizzano nell'esperire il sentimento di comunità.

Formare rimanda a tutto ciò che può portare i futuri operatori che si occuperanno della salute psichica a non restare irretiti dal fascino di formule cliniche predefinite e quindi sicure, ma capaci di problematizzare, di indagare, di affidarsi al dubbio creativo, di accogliere l'inquietudine dell'incertezza e non cercare la rassicurante sicurezza di risposte predefinite.

Il terzo articolo ha per titolo "*Il terapeuta, l'incontro, la relazione e la fatica nella terapia del Disturbo Borderline di Personalità (DBP)*" ed è proposto da Sergio Laguzzi. Si tratta di un lavoro che sintetizza, con grande lucidità, le complesse questioni che si attivano nella relazione con pazienti complessi che, per sintomatologia e struttura psichica, rientrano nel quadro del Disturbo Borderline di Personalità.

Il testo è ben organizzato; il discorso si sviluppa in modo da condurre il lettore all'esplorazione dei diversi tasselli concettuali che compongono il quadro dei rapporti con tali pazienti e fino a focalizzare le possibili reazioni emotive inconscie del terapeuta e del paziente che prendono forma nella relazione terapeutica.

Laguzzi ha scelto una tripartizione per dare struttura al discorso che presenta; ciascuna delle parti è ricca di riferimenti sia nel testo che in dettagliate note a piè di pagina che qui è solo possibile segnalare. Inizia con considerazioni generali riguardanti quanto viene abitualmente condiviso dai clinici sulla faticosità della relazione nel trattamento di pazienti borderline che richiede sia un elevato coinvolgimento emotivo, sia l'alternanza delle rotture e delle riparazioni.

Considerazioni che introducono il paragrafo denominato "*Circostanze difficili*" dove troviamo descritte le complesse articolazioni del sentire di questi pazienti e di quanto suscitano nel terapeuta. Laguzzi le esprime così: *un disagio sottile... un sentire la possibilità di rapidi rivolgimenti, di espressioni emozionali estreme... un intuire la possibilità di esplosive escalation del paziente, fino all'odio e a espressività paranoidee...*

La seconda parte è dedicata al "*Contesto sociale. Neurobiologia interpersonale*". Il richiamo al contesto sociale, ben espressa con la lapidaria espressione "*siamo dipendenti dal contesto*" di cui Adler è convinto assertore, è articolato da Laguzzi con il richiamo alle esperienze primarie del rapporto madre – bambino, nucleo del potenziale sviluppo della fiducia di base.

Il richiamo apre alla lunga dissertazione sulla neurobiologia interpersonale e sulle conseguenti ricadute sulla relazione terapeutica. Le ispirazioni sono tratte dall'importante lavoro di Allan Schore, autore che ha messo in dialogo gli importanti contributi della ricerca scientifica degli ultimi anni con i concetti psicodinamici della teoria dell'attaccamento e dall'Infant Research.

Nella terza e ultima parte, che ha per titolo "*Controtransfert problematici*", si completa il quadro concettuale proposto dal titolo dato all'articolo. Si trovano qui eccellenti descrizioni della dinamica della relazione psicoterapeutica, espresse con diverse espressioni tra cui cito: "*una delle maggiori difficoltà nella relazione interpersonale con il paziente con DBP è la reciproca difficoltà di comprensione*". L'affermazione è particolarmente utile perché le parole "*reciproca difficoltà*" condensano l'invito ad analisti e psicoterapeuti a studiare con attenzione la complessa articolazione del rapporto con i pazienti borderline.

Il quarto contributo tratta l'importante questione dei traumi che nell'infanzia compromettono il normale sviluppo psichico dei bambini. Gian Sandro Lerda ed Enrica Cavalli propongono il lavoro che ha per titolo: "*Gli effetti profondi del trauma precoce nella costruzione del senso di sé: una introduzione alla dissociazione in età evolutiva*".

L'articolo muove da un opportuno inquadramento dello sviluppo delle conoscenze sugli effetti dei traumi nell'infanzia, conoscenze che sono cresciute sia nella ricerca scientifica nell'ambito della neurobiologia interpersonale sia nelle psicoterapie di molti clinici che hanno curato bambini disturbati, cresciuti in ambienti problematici, segnati da relazioni impostate su attaccamenti disorganizzati. È anche richiamata l'importante questione della poca attenzione dei curatori del DSM 5 che non hanno colto la proposta di inserire nel Manuale il Disturbo Traumatico dello Sviluppo (DTS); un mancato riconoscimento che avrebbe dato una opportuna cornice al già ben delineato quadro psicopatologico.

Segue un richiamo alla teoria dell'attaccamento che sottolinea la pregnanza delle esperienze originarie traumatiche sulla strutturazione dello Stile di Vita che può svilupparsi sul versante disadattivo quando le problematiche relazionali tra caregiver e bambino danneggiano i processi di integrazione del Sé e la formazione delle rappresentazioni interne di sé, degli altri e del mondo. Un caso clinico di un bimbo di otto anni seguito in psicoterapia, esemplifica bene le conseguenze di un attaccamento altamente contraddittorio e disorganizzato. Il caso apre la strada ai successivi paragrafi che introducono la teoria della dissociazione strutturale della personalità.

Interessante il richiamo alla prospettiva storica sulla questione della dissociazione ricordando i "sistemi di idee" di Pierre Janet, autore geniale, ma dimenticato per quasi un secolo e "riscoperto" per le sue intuizioni intorno ai funzionamenti dissociati. Da questo richiamo segue una lineare, quanto sintetica, presentazione dei cardini della teoria strutturale ben chiarita nell'articolazione dei *sistemi di azione per la vita quotidiana e i sistemi di azione per la difesa*.

Ciò che segue è la rappresentazione della dinamica di come le parti dissociate possono rivelarsi nella vita reale e possono essere comprese, nelle sedute terapeutiche, attraverso i giochi simbolici, le fantasie o da occasionali verbalizzazioni che i bambini stessi riescono a dare. Il secondo caso clinico presentato, di un bambino di 7 anni accolto in affidamento da una giovane coppia, chiarisce con vivide descrizioni la logica dissociativa e il suo funzionamento.

Il case study proposto da Alberto Malfatti riguarda una ragazza adolescente di origini filippine, nata e cresciuta in Italia (a parte la parentesi dei primi anni di vita passati dai nonni nelle Filippine come in uso fare da molte famiglie di immigrati, specie se orientali) che giunge al Pronto Soccorso per forti crisi di ansia e successivamente al servizio di Psichiatria e Psicologia dell'Età Evolutiva.

Trattandosi di un approccio a una adolescente "di seconda generazione", Malfatti fa precedere la descrizione del caso da riflessioni sugli assetti mentali dello psicoterapeuta adleriano che, nel relazionarsi con gli adolescenti, deve conoscere non solo le culture giovanili dei contesti locali ma anche le culture altre, vista la realtà sempre più

multietnica delle nostre società. La ragazza filippina si trovava infatti nella difficoltà di conciliare le due culture, l'una vissuta in famiglia e l'altra nel contatto con la scuola, con i coetanei e con la società.

La realtà di un doppio binario si ritrova spesso negli adolescenti “di seconda generazione”; ragazzi e ragazze che sono di fronte a modelli di vita diversi, che fanno fatica a conciliare. Si pone quindi la necessità di affrontare le psicoterapie con cautela e con una giusta attitudine: gli psicoterapeuti, argomenta Malfatti, hanno bisogno di approfondire le culture d'origine dei diversi ragazzi per trovare assieme a loro gli elementi di valorizzazione delle loro origini offrendo uno spazio che consenta la scoperta di percorsi che possano armonizzare le differenze attraverso la ricerca dei valori comuni.

L'unica recensione di nuovi testi che presentiamo in questo fascicolo riguarda il volume di Schwartz, R.C. (2021) *Come allearsi con le parti “cattive” di Sé*, tr. it. Raffaello Cortina, Milano 2023. Si tratta di un libro che, pur illustrando contenuti con un differente taglio epistemologico, affronta le immagini interiorizzate dei contesti familiari e i percorsi di cura per sanare le parti disfunzionali, rimanda all'uso di modalità psicodinamiche.

Il Ruolo della Mindfulness tra Interesse Sociale e Salute Psicologica

SEVI KOÇ, M., UZUN, B. (2024), The Role of Mindfulness in the Relationship Between Social Interest and Psychological Health, *Journal of Individual Psychology*, 80(1), 15-33.

Traduzione italiana di Elena Cingolani e Giansecolo Mazzoli

Summary – THE ROLE OF MINDFULNESS IN THE RELATIONSHIP BETWEEN SOCIAL INTEREST AND PSYCHOLOGICAL HEALTH. Social interest is the foundation of psychological health. Recently, the psychological construct of mindfulness, which is closely linked to psychological health, has received a great deal of attention in counselling research and practice. Mindfulness plays a prominent role in traditional and modern Buddhist approaches that emphasize social justice and equality, as does Adlerian theory. In this regard, this study analyses the mediating role of mindfulness in the relationship between social interest and psychological health. The sample consisted of 261 Turkish university students. The participants were administered the Demographic Information Form as well as three other instruments. Overall, the results indicate that mindfulness positively mediates the relationship between social interest and psychological health.

Keywords: MINDFULNESS, SOCIAL INTEREST, BIRTH ORDER, PSYCHOLOGICAL HEALTH, COURAGE, AWARENESS, PRO-SOCIAL BEHAVIOUR

Abstract – IL RUOLO DELLA MINDFULNESS TRA INTERESSE SOCIALE E SALUTE PSICOLOGICA. L'interesse sociale è il fondamento della salute psicologica. Recentemente, il costrutto psicologico della mindfulness, che è strettamente collegato alla salute psicologica, ha ricevuto molta attenzione nelle ricerche e nella pratica del counseling. La Mindfulness gioca un ruolo importante negli approcci buddisti tradizionali e moderni che enfatizzano la giustizia sociale e l'uguaglianza, così come nella teoria adleriana. A tale proposito, questo articolo analizza il ruolo mediatore della mindfulness nella relazione tra interesse sociale e salute psicologica. Il campione si componeva di 261 studenti universitari turchi. Ai partecipanti sono stati somministrati il Demographic Information Form e tre altri strumenti. Nel complesso, i risultati indicano che la mindfulness media positivamente la relazione tra interesse sociale e salute psicologica.

Parole chiave: MINDFULNESS, INTERESSE SOCIALE, ORDINE DI NASCITA, SALUTE PSICOLOGICA, CORAGGIO, CONSAPEVOLEZZA, COMPORTAMENTO PRO-SOCIALE

Premessa

L'interesse sociale è uno dei concetti della Psicologia Individuale di Adler più difficili da comprendere. Secondo Adler (1938/1964), ogni individuo fa parte di una comunità per cui è fondamentale il bisogno appartenenza, di sentirsi uniti alle altre persone. Nella teoria adleriana, il senso di appartenenza alla comunità è indicato con la parola tedesca *Gemeinschaftsgefühl* [4].

Questo termine include sia un senso di condivisione dell'esperienza umana sia l'impegno ad agire per il benessere comune. In altre parole, l'interesse sociale, oltre e al di là della sfera dell'emotività, comprende la cognizione, la disposizione e la preoccupazione per la società e l'interesse per il benessere degli altri [4]. Ciò significa che l'essere sensibili verso tutta l'umanità è parte integrante dell'interesse sociale e l'essenza stessa di questo orientamento è il tenere in grande considerazione qualcosa al di fuori di sé, senza altri inconfessati motivi [41]. Ne segue che gli individui con interesse sociale non sono né egoisti né preoccupati per sé stessi.

Un altro concetto di rilevante importanza nella Psicologia Individuale sottolinea la soggettività della percezione della realtà. Adler (1928) sosteneva che le percezioni delle esperienze significative sono alla base della strutturazione del personale stile di vita, influenzato in modo significativo sia dalle dinamiche familiari sia dall'ordine di nascita. Nei Suoi scritti si trovano tratteggiati i tratti tipici delle personalità rispetto all'ordine di nascita: il primogenito è responsabile, rigoroso con le regole, il figlio di mezzo è socievole, pacificatore, l'ultimo nato è affascinante, estroverso e il figlio unico è maturo per la sua età, diligente [1; 60]. Tali descrizioni, in linea con l'approccio fenomenologico adottato da Adler, orientano le concettualizzazioni dei casi clinici.

Tuttavia, Adler stesso poneva molta più attenzione all'ordine di nascita psicologico, piuttosto che a quello reale, derivante dalla percezione, soggettivamente elaborata dall'individuo, della posizione assunta nella costellazione familiare [8; 58]. La ricerca ha infatti mostrato una relazione più forte tra ordine di nascita psicologico e stile di vita rispetto all'ordine di nascita reale e stile di vita [60].

Numerosi studi hanno inoltre collegato l'ordine di nascita psicologico a vari costrutti psicologici, come gli stili di *coping*, la resilienza, le credenze irrazionali nelle relazioni, l'adattamento matrimoniale e i tratti di personalità come l'ottimismo, l'autostima e l'introversione [16; 23; 33; 39].

SALUTE PSICOLOGICA: L'INTERAZIONE TRA INTERESSE SOCIALE E MINDFULNESS

Interesse Sociale

Adler (1938/1964) considerava l'interesse sociale un tratto potenziale della personalità di base che ogni individuo può sviluppare se viene insegnato, interiorizzato e soprattutto praticato. Si può tracciare un'analogia con lo sviluppo del linguaggio: tutti nascono con questo innato potenziale, ma né il linguaggio né l'interesse sociale possono svilupparsi pienamente senza esperienze sociali appropriate [25]. Pertanto, l'infanzia è il periodo ideale per lo sviluppo dell'interesse sociale. Più i bambini si percepiscono come parte di un gruppo e sentono di appartenervi, più questo tratto psicologico si sviluppa [4].

Nonostante ciò, l'interesse sociale può crescere anche in età adulta; un esempio può essere visto nella psicoterapia adleriana, contesto relazionale che ha l'obiettivo di aumentare il senso di appartenenza alla comunità e di incoraggiare l'adozione di comportamenti e pratiche di coinvolgimento sociale. Queste acquisizioni sono possibili con la crescita della consapevolezza di sé favorendo opportune modifiche a dannose convinzioni e aspirazioni disfunzionali [22].

Adler considerava l'interesse sociale il barometro della salute mentale [4]. Sempre secondo Adler (1938/1964), individui che possiedono un livello sufficientemente sviluppato di interesse sociale affrontano le inevitabili difficoltà della vita con più forza, contribuiscono positivamente allo sviluppo dell'umanità e a rendere il mondo un posto migliore per tutti. Questa tendenza, definita da Adler "coraggio", consente l'attivazione di comportamenti utili alla società gestendo con maturità eventuali emozioni negative. Al contrario, la mancanza di coraggio porta a comportamenti problematici [15].

È importante la sottolineatura che un sano interesse sociale consenta positivi orientamenti nei compiti vitali: facilita la costruzione di solidi legami amicali nei contatti sociali, rende possibile la creazione di relazioni intime sane e creative nei territori dell'affettività e permette lo sviluppo di costruttive collaborazioni negli spazi dedicati al lavoro.

In quest'ottica appare chiaro che i problemi psicologici che gli individui sperimentano, sono di fatto sociali. L'individualismo, la noncuranza degli altri da parte di individui che perseguono solo il prestigio personale e la superiorità sono tratti che favoriscono l'insorgenza di disturbi mentali.

Decenni di ricerche hanno mostrato la fondatezza delle tesi di Adler: livelli più elevati di interesse sociale sono associati a livelli più bassi di depressione, di ansia e di ostilità [19; 47] di alienazione [42], di stress nella vita [18] e d'insoddisfazione matrimoniale [45].

Al contrario, un significativo insieme di ricerche ha dimostrato ripetutamente che l'interesse sociale è positivamente correlato a tratti di personalità sani come il locus di controllo interno [31; 42], l'altruismo e la cooperazione [20], l'uguaglianza e la pace [17; 19] così come la predisposizione ad aiutare gli altri, la resilienza e la resistenza psicologica [23; 42].

Mindfulness

La mindfulness, ha le sue origini negli insegnamenti del Buddismo che risalgono ad almeno 2.500 anni fa. Corrisponde originariamente alla parola *sati* in Pali, il linguaggio in cui furono per la prima volta trascritti gli insegnamenti di Buddha. Il termine include diversi significati; indica consapevolezza, attenzione, contatto con la coscienza nell'ascolto del proprio essere [57].

I principi fondamentali della mindfulness si ritrovano come tracce nelle principali tradizioni culturali che si sono sviluppate in diverse parti del mondo. La mindfulness mostra somiglianze con varie credenze e tradizioni filosofiche; le si trovano nell'antica filosofia greca, nell'esistenzialismo e nell'umanismo. Tali credenze e pratiche si trovano anche negli insegnamenti del *Masnavi*, opera mistica di Jalal-ad-Din Rumi, un importantissimo Sufi del XIII secolo, che stabilì le basi del Sufismo [59]. Tutto ciò suggerisce che la mindfulness riprende, di fatto, dei concetti universali.

L'originaria definizione di mindfulness si è modificata nel momento della sua adozione da parte della psicologia occidentale: si è distaccata dalle radici spirituali seguendo la logica secolare. Il costrutto psicologico di mindfulness ha assunto diversi significati: descrive un tratto psicologico (detto spesso *tratto* o *mindfulness disposizionale*), una pratica di coltivare la consapevolezza, uno stato di consapevolezza come processo psicologico [26].

Una delle definizioni più citate di mindfulness è quella di consapevolezza che emerge attraverso "il prestare attenzione in un modo particolare: di proposito, nel momento presente e senza alcun giudizio" (37 p. 4). Secondo Bishop et al. [7], la mindfulness comprende due componenti: l'autoregolazione dell'attenzione e l'adozione di un particolare orientamento verso le proprie esperienze.

L'autoregolazione dell'attenzione implica osservazione non-elaborativa, consapevolezza delle sensazioni, dei pensieri o delle emozioni, momento per momento. L'orientamento all'esperienza si riferisce al tipo di approccio che gli individui hanno verso il loro sentire, in particolare indica l'atteggiamento di curiosità, di apertura e di accettazione.

La mindfulness è stata associata alla salute psicologica sia a livello teorico che empirico. Esistono, infatti, diversi studi che dimostrano gli effetti positivi degli interventi basati sulla mindfulness, come la riduzione dello stress [36] e la terapia cognitiva ba-

sata sulla mindfulness [52]. Una meta-analisi ha dimostrato che tali interventi hanno effetti positivi sui disturbi dell'umore e sull'ansia [32].

I risultati positivi delle ricerche hanno portato a un aumento dell'interesse teorico per il costrutto psicologico della mindfulness; di conseguenza, la mindfulness è stata indagata come un'abilità intrinseca e come un tratto della personalità. Come tratto o come inclinazione, la mindfulness implica una tendenza caratteristica a mantenere la consapevolezza del momento presente in modo non reattivo e privo di giudizio [7; 50; 9; 10; 46].

Alcuni studi confermano che gli individui possiedono questa caratteristica a livelli variabili, indipendentemente dalla loro pratica della mindfulness [50; 36]. Molti ricercatori hanno suggerito che la mindfulness tratto o la mindfulness come inclinazione possa svilupparsi come funzione in relazione a esperienze positive nella prima infanzia, come il crescere in un ambiente familiare caratterizzato da responsabilità, cura e rispetto per l'autonomia [49; 50; 54].

Il legame tra interesse sociale e consapevolezza

Le pratiche della mindfulness sono legate all'interesse sociale, tanto che, sia la teoria adleriana che la mindfulness stessa, ne enfatizzano l'interconnessione. In uno dei suoi primi scritti, Hanna [29] suppone che la pratica della consapevolezza può favorire il "riconoscimento, la generazione e il potenziamento dell'empatia" e ha risultati significativi per "aumentare la consapevolezza del sentimento comunitario e ispirare l'interesse sociale in contesti clinici" (p. 27).

Un altro studio riguarda "l'orientamento al valore intrinseco" [9], che può essere simile all'interesse sociale. I valori intrinseci e l'interesse sociale potrebbero essere associati tra loro a seconda dell'orientamento di tali valori verso l'impegno comunitario e le relazioni. Questi ricercatori hanno mostrato che i valori intrinseci e la consapevolezza aumentano la felicità e le azioni mirate a risolvere i problemi ambientali e suggeriscono che la mindfulness e i valori sociali possono operare insieme per generare risultati positivi.

Più recentemente, Mahalingam [44] ha proposto un *framework* generale per la mindfulness che combina elementi di buddismo, giustizia sociale, teoria critica e studi sul lavoro. Egli vede la mindfulness come una prospettiva che riconosce l'interconnessione delle vite degli individui e la fluidità delle loro identità, siano esse plasmate da privilegi o da marginalità.

Questo approccio promuove sia la crescita personale che il cambiamento sociale. Il framework della "mentalità consapevole" di Mahalingam consiste di sette elementi interrelati che promuovono una comprensione più profonda della naturale inter-

connessione delle vite di tutti: compassione, gioia nella solidarietà, consapevolezza dell'interconnessione, abilità di sospendere i giudizi, umiltà culturale, meraviglia e generosità. La generosità permette agli individui di riconoscere la costante dipendenza dal lavoro degli altri, sia a livello locale che globale. La compassione, la gioia compassionevole e la generosità favoriscono connessioni autentiche con gli altri. La capacità di sospendere i giudizi e la consapevolezza dell'interconnessione aiutano gli individui a confrontarsi con i personali pregiudizi. La meraviglia e l'umiltà culturale incoraggiano un approccio aperto alle differenze [44].

Sebbene la ricerca sulla mindfulness in un contesto interpersonale sia ancora agli inizi, la letteratura di cui disponiamo suggerisce che la mindfulness sia vantaggiosa non solo nei contesti intrapersonali ma anche in quelli interpersonali [6; 12; 34]. Ad esempio, la mindfulness come tratto o come inclinazione è stata rilevata come predittore del comportamento pro-sociale in 12 studi [21].

Esaminando la letteratura sulla mindfulness si evidenziano diversi meccanismi attraverso cui la mindfulness e il comportamento pro-sociale potrebbero essere mutuamente collegati. Un meccanismo riguarda l'alterazione del senso di sé. Nello specifico, si è ipotizzato che la mindfulness faciliti il distacco dai contenuti della coscienza osservando l'esperienza momento per momento, con accettazione non giudicante (cioè, un processo chiamato *reperceiving*; vedi Shapiro et al., 2006 per una revisione) [53].

Questa mentalità limita i pensieri e le emozioni autoreferenziali minimizzando ulteriormente i confini tra "io" e "loro" e, di conseguenza, aumentando l'empatia [5]. Allo stesso modo, un altro meccanismo riguarda l'attenzione. Si è ipotizzato che la mindfulness porti a un'aumentata capacità di autoregolazione (ad es., regolazione degli affetti) e ad un'attenzione sostenuta [13]. Maggiore è la capacità attentiva (e minori sono i processi impulsivi o automatici), più elevata è la probabilità di osservare ed essere consapevoli dei bisogni degli altri in contesti sociali [14].

In questo senso, lo scopo principale dell'indagine che viene ora presentata è quello di analizzare il ruolo mediatore della mindfulness nella relazione tra interesse sociale e salute psicologica. A quanto attualmente noto agli Autori, nessun altro studio ha investigato la relazione tra interesse sociale, mindfulness e salute psicologica; pertanto il presente lavoro cerca di indagare tale relazione e offrire spunti per sviluppare ulteriori conoscenze.

METODO

Partecipanti

Un totale di 261 studenti universitari (200 donne, 61 uomini) hanno partecipato allo studio. La dimensione del campione non è stata predeterminata. L'età dei partecipanti varia dai 18 ai 38 anni ($M = 22,0$, $SD = 2,4$).

Procedura

Lo studio è stato eseguito in conformità con i principi della Dichiarazione di Helsinki e le linee guida del Comitato Etico Istituzionale dell'Università. La partecipazione allo studio era volontaria. Il consenso informato è stato ottenuto dai partecipanti all'inizio dell'esperienza. A causa delle condizioni durante il periodo della pandemia di COVID-19, è stato utilizzato il metodo di campionamento che prevedeva una possibile elasticità nella sua dimensione. I partecipanti sono stati reclutati da vari corsi e come incentivo è stato concesso loro un credito extra valido per il loro percorso di studi.

ai dati sono stati raccolti online tramite modulo di Google Forms.

I partecipanti dovevano rispondere a tutte le domande prima di poter inviare il modulo. La compilazione online del questionario richiedeva circa 15 minuti. I dati sono stati raccolti nel periodo Marzo - Aprile 2022.

Misure

Modulo Informativo Demografico

Tutti i partecipanti hanno compilato il modulo informativo demografico, che consisteva in domande riguardanti età, sesso, anno di studio, ordine di nascita psicologico, familiarità con la mindfulness, regolarità e frequenza della pratica della mindfulness (se applicabile) e storia psichiatrica.

La *Scala Mindfulness Cognitiva e Affettiva-Revised* (CAMS-R) [24] è una scala Likert a 4 punti (1 = raramente/per nulla, e 4 = quasi sempre) sviluppata per misurare gli atteggiamenti consapevoli degli individui verso le loro esperienze interiori [24]. Consiste di 10 items. L'adattamento turco della scala è stato realizzato da Catak [11], e l'alfa di Cronbach della versione turca della scala totale era .77. Nel presente studio, l'alfa di Cronbach della versione turca della scala totale era .72.

L'*Inventario dell'Interesse Sociale* (SII; Sayer, 2004) è una scala Likert a 5 punti (0 = fortemente in disaccordo, e 4 = fortemente d'accordo) sviluppata per misurare il livello di interesse sociale degli individui (Sayer, 2004). Consiste di 52 item. L'alfa di Cronbach della scala era .88 (Sayer, 2004). Nel presente studio, l'alfa di Cronbach della scala totale era .93.

Il *Mental Health Continuum-Short Form* (MHC-SF) [40] è una scala Likert a 6 punti (0 = mai, e 6 = ogni giorno) sviluppata per misurare il benessere emotivo e gli aspetti del funzionamento psicologico e sociale [40]. Consiste di 14 item.

La scala è stata adattata al turco da Demirci e Akin (2015). L'alfa di Cronbach della versione turca della scala totale era .90 (Demirci & Akin, 2015). Nel presente studio, l'alfa di Cronbach della versione turca della scala totale era .93.

Analisi dei Dati

Le statistiche descrittive, le coerenze interne e le correlazioni bi-variate sono state analizzate con IBM SPSS Statistics per Mac, Versione 26.0. L'analisi di mediazione è stata anche eseguita utilizzando IBM SPSS Statistics per Mac, Versione 26.0, tramite il macro PROCESS di Hayes [30] per SPSS (Release 3.4.1). Gli effetti medi e gli intervalli di confidenza sono stati stimati applicando la procedura di boot-strapping di Hayes [30] con 5.000 ricampionamenti. Per gli intervalli di confidenza, per concludere la mediazione, è stato accettato il presupposto che un intervallo di confidenza del 95% (CI) non deve includere zero.

RISULTATI

Analisi Preliminari

Prima delle analisi principali, si sono controllati i valori anomali multivariati e univariati e la normalità dei dati. I dati avevano una distribuzione normale. Successivamente, si è condotta un'analisi descrittiva sulle variabili.

La **Tabella 1** fornisce le caratteristiche demografiche del campione.

Come mostrato nella Tabella 1, la maggior parte del campione (37,9%) erano studenti del terzo anno. A seguire vi erano studenti del secondo anno (25,7%) e del quarto anno (20,7%). Riguardo all'ordine di nascita psicologico, la maggioranza del campione era costituita da primogeniti (41,8%). A seguire era rappresentato il figlio più giovane (24,9%) e poi il figlio unico (21,5%).

Per quanto riguarda la familiarità con la pratica della mindfulness, la maggior parte del campione (70,5%) ha riportato di averne. Tuttavia, solo il 25,3% dei partecipanti ha dichiarato di praticarla regolarmente durante la settimana. Infine, la maggior parte del campione (85,4%) ha riferito di non avere una storia di diagnosi psichiatrica.

Le statistiche riassuntive delle medie e delle deviazioni standard di mindfulness, interesse sociale e salute psicologica sono mostrate nella **Tabella 2**.

È stato utilizzato il coefficiente di correlazione di Pearson per determinare le relazioni tra mindfulness, interesse sociale e salute psicologica.

Tabella 1. Caratteristiche demografiche del campione

Demografia	M	SD	n	%
<u>Genere</u>				
Uomini			200	76,6
Donne			61	23,4
<u>Età</u>	22,0	2,4		
<u>Anno di corso</u>				
Matricola			20	7,7
Studente (2° anno)			67	25,7
Studente (3° anno)			99	37,9
Studente (4° anno)			54	20,7
Studente Master			19	7,3
Studente Dottorato			2	0,8
<u>Ordine di nascita</u>				
Primogenito			65	24,9
Figlio di mezzo			31	11,9
Terzogenito			109	41,8
Ultimogenito			56	21,5
<u>Hai familiarità con la Mindfulness?</u>				
Sì			184	70,5
No			77	29,5
<u>Pratichi regolarmente la Mindfulness?</u>				
Sì			66	25,3
No			195	74,7
<u>Quanto pratici la Mindfulness?</u>				
1 volta alla settimana			40	15,3
2 - 3 volte			31	11,9
4 - 5 volte			4	1,5
Quasi tutti i giorni			1	0,4
<u>Hai avuto in passato una diagnosi di disturbo mentale?</u>				
Sì			38	14,6
No			223	85,4

Tabella 2. Descrizioni statistiche e Correlazioni tra le misure

	M	SD	CAMS-R	SII	MHC-SF
CAMS-R	28.51	4.56	1		
SII	169.15	22.67	.40*	1	
MHC-SF	47,20	13.67	.53*	.64*	1

Nota: CAMS-R: misura della mindfulness; SII: Interesse sociale; MHC-SF: salute psicologica * $p < .01$

Come mostrato nella Tabella 2, è stata trovata una correlazione significativa positiva tra interesse sociale e salute psicologica ($r = .64$, $p < .01$). È stata trovata anche una correlazione positiva tra interesse sociale e mindfulness ($r = .40$, $p < .01$). Infine, è stata trovata una correlazione significativa positiva tra mindfulness e salute psicologica ($r = .53$, $p < .01$).

Per esaminare le differenze di genere in ciascuna misura dello studio, è stata impiegata una serie di *independent-sample t-test*. I risultati delle analisi hanno rivelato una differenza significativa nei punteggi di interesse sociale tra femmine ($M = 170,92$, $SD = 21,75$) e maschi ($M = 163,31$, $SD = 24,74$); $t(259) = 2,316$, $p = .021$. Similmente, è stata trovata una differenza significativa nei punteggi di mindfulness tra femmine ($M = 28,17$, $SD = 4,38$) e maschi ($M = 29,63$, $SD = 4,9$); $t(259) = -2,217$, $p = .027$. Al contrario, i risultati non hanno mostrato differenze significative nella salute psicologica tra femmine ($M = 47,32$, $SD = 13,78$) e maschi ($M = 46,82$, $SD = 13,39$); $t(259) = .250$, $p = .80$.

Per analizzare l'effetto dell'ordine di nascita psicologico su interesse sociale, mindfulness e salute psicologica, è stata eseguita una serie di analisi di varianza *one-way* (ANOVA). I risultati delle analisi hanno rivelato che vi era una differenza statisticamente significativa nei punteggi medi di interesse sociale tra almeno due gruppi ($F_{3,257} = 2,792$, $p = .041$). Il *post hoc test di Scheffe* ha rilevato che il valore medio di interesse sociale era significativamente diverso tra i primogeniti ($M = 173,51$, $SD = 20,68$) e i figli di mezzo ($M = 159,38$, $SD = 22,31$) ($p = .042$, CI 95% [.3397, 27.90]). Tuttavia, i risultati non hanno mostrato differenze significative nei punteggi medi di mindfulness ($F_{3,257} = 1,14$, $p = .14$) o salute psicologica ($F_{3,257} = .922$, $p = .431$) tra primogeniti, figli di mezzo, più giovani e figli unici.

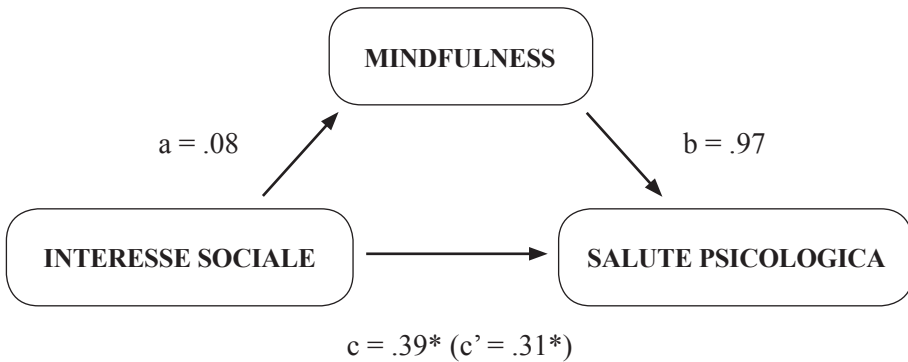


Figura 1: *Mediation model*. Sono riportati i coefficienti non standardizzati. Le frecce rappresentano le associazioni con livelli significativi (* $p < .001$). Le lettere minuscole rappresentano le direzioni tra predittore e il mediatore (a) il mediatore e l'effetto (b) tra l'anticipatore e l'effetto (c) per effetto totale e c' per l'effetto diretto). Dati forniti dagli autori.

Analisi Principale (Main analysis)

Si è eseguita un'analisi di mediazione per esaminare l'effetto indiretto dell'interesse sociale attraverso la mindfulness sulla salute psicologica. Il modello di mediazione includeva l'interesse sociale (cioè, i punteggi sull'SII) come variabile indipendente, la mindfulness (cioè, i punteggi sulla CAMS-R) come mediatore e la salute psicologica (cioè, i punteggi sull'MHC-SF) come variabile dipendente. I risultati hanno rivelato che il modello (Figura 1) era significativo $F = 49.9730$, $p < .001$, $R^2 = .16$.

Come mostrato in Figura 1, l'interesse sociale era un predittore significativo della consapevolezza ($B = .0810$, $SE = .0115$, $p < .001$, CI 95% [.0584, .1035]). Allo stesso modo, l'effetto diretto dell'interesse sociale sulla salute psicologica è risultato essere significativo ($B = .3864$, $SE = .0288$, $p < .001$, CI 95% [.3298, .4431]). In termini di effetti indiretti (mediati), i risultati hanno indicato che l'interesse sociale aveva un effetto indiretto significativo sulla salute psicologica tramite la mindfulness ($B = .0787$, $SE = .0183$, CI BCa 95% [.0467, .1180]).

Il fatto che entrambi gli effetti, diretto e indiretto, esistano e puntino nella stessa direzione indica una mediazione complementare [60].

DISCUSSIONE

Il fine principale di questo studio era esplorare la mediazione della mindfulness nella relazione tra interesse sociale e salute psicologica. I risultati delle analisi preliminari hanno mostrato che tutte e tre le variabili sono positivamente correlate.

Nello specifico, la relazione più forte è stata trovata tra interesse sociale e salute psicologica. Questo dato è seguito, rispettivamente, dalle relazioni tra mindfulness e salute psicologica e tra interesse sociale e consapevolezza. Riguardo alle differenze tra i gruppi, i risultati mostrano che le donne hanno punteggi significativamente più alti nell'interesse sociale e nella mindfulness rispetto ai partecipanti uomini.

Inoltre, i primogeniti hanno ottenuto punteggi significativamente più alti nell'interesse sociale rispetto ai figli di mezzo. Infine, l'analisi di mediazione ha dimostrato un effetto indiretto dell'interesse sociale sulla salute psicologica tramite la mindfulness. Questo risultato supporta l'opinione che livelli più alti di interesse sociale siano correlati a livelli più alti di mindfulness che, a loro volta, sono associati a una migliore salute psicologica.

I risultati del presente studio sono coerenti con la letteratura della Psicologia Individuale che ha sottolineato la significatività dell'interesse sociale sulla salute psicologica [48; 51]. In particolare, i risultati segnalano che gli individui con livelli più alti di interesse sociale sono psicologicamente più sani di quelli con livelli più bassi. Questa conclusione è in linea con la visione di Adler secondo cui l'interesse sociale è un fattore protettivo che attenua i sentimenti di inferiorità e promuove una miglior disponibilità a gestire e ad adattarsi a eventi difficili della vita [17]. Allo stesso modo, i ricercatori hanno trovato che lo sviluppo inadeguato dell'interesse sociale nella prima infanzia porta a difficoltà psicologiche nella vita adulta [28; 48].

Per quanto riguarda la relazione tra interesse sociale e mindfulness, la ricerca dimostra che gli individui che hanno livelli più alti di interesse sociale sono anche più propensi ad essere più attenti alle loro esperienze interiori. Ciò non stupisce perché numerosi studi [35; 49] indicano che entrambi i costrutti psicologici sono strettamente associati a relazioni positive tra genitori e figli.

Pertanto, è possibile sostenere che fattori simili a quelli che coltivano l'interesse sociale (es. essere di aiuto e di supporto agli altri, esprimere emozioni e comportamenti costruttivi: [3; 43] favoriscono anche l'adozione della mindfulness. Infatti, la concettualizzazione del *mindful parenting* di Kabat-Zinn e Kabat-Zinn [38] identifica i processi basati sulla mindfulness attraverso i genitori, i figli e le relazioni familiari. La concettualizzazione comprende tre elementi: l'empatia, l'accettazione (nel rispetto del bambino come essere umano che ha pensieri, sentimenti e opinioni proprie) e l'indipendenza (apprezzamento e incoraggiamento delle parti interiori del sé del bambino).

Questa concettualizzazione è in linea con la disciplina positiva, un metodo di educazione ispirato al lavoro di Alfred Adler e Rudolph Dreikurs che postula il bisogno di appartenenza come forza trainante nel comportamento umano. L'approccio vede il comportamento scorretto nei bambini come il risultato della loro logica privata, contraria al senso di appartenenza. Di conseguenza, un aspetto basilare di questo metodo educativo è l'istruire genitori e gli educatori a identificare le convinzioni sbagliate che i bambini possono avere sviluppato e ad applicare varie tecniche per favorire in loro il senso di appartenenza [27].

Questo studio ha anche confermato l'influenza diretta che l'interesse sociale ha sulla salute psicologica, cosa che avviene, per via indiretta, anche con la pratica della mindfulness. Secondo Siegel [55], il sentimento di appartenenza, radicato nel Sé, ha effetti positivi sul benessere in tutti gli aspetti della vita. Il Sé si riferisce ad una combinazione di tre componenti: l'esperienza soggettiva, la visione prospettica della realtà e l'intraprendenza. È il loro insieme che permette al Sé di un individuo di muoversi nel mondo.

L'esperienza soggettiva riguarda la percezione sensoriale della vita; la *visione prospettica* rimanda all'angolo visuale da cui si guarda il mondo e *l'intraprendenza* è indicativa del senso di controllo delle proprie azioni e comportamenti. L'insieme di questi tre elementi contribuiscono all'esperienza complessiva del Sé.

Nelle prime fasi della vita di un bambino, i genitori e altre figure che attivano degli attaccamenti, costruiscono le relazioni modellando le tre suindicate componenti; pertanto interazioni con il bambino risentono dell'esperienza soggettiva, della visione prospettica e dell'intraprendenza degli adulti.

Se gli atteggiamenti dei genitori sono improntati a trascuratezza, può accadere che l'esperienza soggettiva e la visione prospettica del bambino non vengano riconosciute e l'intraprendenza oppressa; in queste condizioni si alimentano nel piccolo, sentimenti di vergogna e di umiliazione. Al contrario, le interazioni che promuovono un senso di rispetto e accettazione, che valorizzano l'individualità, consentono la formazione di connessioni positive, lo sviluppo della fiducia di base e il senso di appartenenza.

Quando l'esperienza interiore dei bambini viene autenticamente riconosciuta, la loro esperienza soggettiva è valorizzata, rispettata la loro visione prospettica e sostenuta l'intraprendenza. Queste condizioni permettono al Sé di sentirsi parte della comunità in cui si sviluppa. Come discusso dal framework Me + We (MWe) proposto da Siegel [55; 56], il processo di crescita e l'esperienza del divenire sé stessi (conosciuto come *selfing*) è anche influenzato dal contesto culturale. Nelle società moderne, c'è una forte enfasi sull'individualità, che porta a una prospettiva di un Sé *solitario*. Tuttavia, se gli individui riconoscono e collegano sia gli aspetti individuali sia quelli collettivi, possono giungere a modi di essere sani e valorizzanti.

Individui che hanno alti livelli di interesse sociale possono beneficiare della mindfulness che può potenziare il Sé già integrato nelle dinamiche comunitarie aumentando la consapevolezza, la concentrazione sul presente e la connessione al proprio *sé osservante* (self-as-context); consente inoltre l'evitare di essere distratti da pensieri non utili (ovvero la sovra-identificazione e fusione con il Sé concettualizzato [30]). Un cambiamento nella percezione del sé favorito dalla mindfulness, genera un senso di connessione con gli altri e con l'universo.

Ciò significa che, come postulato da Shapiro et al. [53] e Berry et al. [5], l'interesse sociale contribuisce alla salute psicologica se e quando viene allenato al distacco da stati mentali ego-centrati e sterili. Questa condizione alimenta un atteggiamento di curiosità, apertura e accettazione, riduce le barriere tra il Sé e gli altri, aumenta l'interesse empatico e la compassione per gli altri. Similmente, è possibile che l'interesse sociale influisca indirettamente sulla salute psicologica attraverso l'aumento dell'attenzione al presente e della capacità di autoregolazione.

Come ha suggerito Condon [14], è possibile che livelli bassi di impulsività, una minore tendenza a vivere in stati mentali semicoscienti (quando è attivo il cosiddetto *pilota automatico*) e una focalizzazione sul momento presente (base della consapevolezza), aiutino gli individui a diventare consapevoli dei bisogni degli altri. Queste acquisizioni, sostenute dalla mindfulness, aprono all'agire compassionevole che porta a stili di vita costruttivi e alla salute psicologica.

Il presente studio è uno dei primi a esaminare il legame tra interesse sociale, mindfulness e salute psicologica; pertanto, i risultati hanno importanti conseguenze nel chiarire i meccanismi attraverso i quali l'interesse sociale influenza la salute psicologica. È tuttavia importante segnalare alcuni limiti.

In primo luogo, la maggior parte del campione era costituita da una popolazione femminile; pertanto, le differenze di genere emerse nei punteggi di interesse sociale e consapevolezza come parte delle analisi preliminari devono essere interpretate con cautela. Allo stesso modo, il fatto che ci fosse un numero disuguale di partecipanti nei gruppi delle posizioni dell'ordine di nascita psicologico potrebbe aver ridotto l'affidabilità delle analisi. Pertanto queste variabili dovranno essere approfondite in studi futuri.

In secondo luogo, il campione esaminato era costituito da studenti universitari in buona salute psicologica; pertanto i risultati qui ottenuti non possono essere estesi a individui che hanno diagnosi psichiatriche o con un basso livello di Istruzione.

In terzo luogo, data la natura correlazionale di questo studio, non è possibile tracciare relazioni di causa-effetto. Sono necessari ulteriori approfondimenti per chiarire il ruolo della mindfulness nella relazione tra l'interesse sociale e la salute psicologica.

Inoltre, studi longitudinali dovrebbero sondare l'influenza della mindfulness nel corso del tempo sia sull'interesse sociale che sulla salute psicologica. Allo stesso modo sarebbero legittimi altri studi sperimentali che esaminino gli effetti di interventi di mindfulness sul legame tra interesse sociale e salute mentale.

In conclusione lo studio presente fornisce delle prove empiriche che aprono degli spiragli sulla relazione, finora inesplorata, tra l'interesse sociale, la mindfulness e la salute mentale. I risultati dimostrano che l'interesse sociale è connesso alla salute psicologica, sia direttamente che indirettamente, proprio attraverso la mindfulness.

Quanto emerso può essere utile per i professionisti della salute mentale in quanto il *training* nella mindfulness può essere usato per promuovere l'interesse sociale in diversi gruppi. Per esempio i counselor scolastici e di comunità possono introdurre i principi e le tecniche della mindfulness nei gruppi di *parent training*. Allo stesso modo, l'inclusione di corsi sulla mindfulness nei programmi universitari di psicologia potrebbe consentire ai futuri clinici di iniziare a coltivare la consapevolezza personale, un interesse sociale realmente altruistico per loro stessi e per i loro pazienti.

Bibliografia e Sitografia

1. ADLER, A. (1928), Characteristic of the first, second, third child, *Children: The Magazine for Parents*, 3(5), 14-52.
2. ADLER, A. (1964), *Social Interest: A challenge to mankind*, Copricorn (Originally published 1938).
3. AMERIKANER, M., MONKS, G., WOLFE, P., THOMAS, S. (1994), Family interaction and individual psychological Health, *Journal of Counselling and Development*, 72(6), 614-620.
4. ANSBACHER, L. H. (1991), The concept of social interest, *Individual Psychology: Journal of Adlerian Theory Research & Practice*, 47(1), 28-46.
5. BERRY, D. R., CAIRO, A. H., GOODMAN, R. J., QUAGLIA, J. T., GREEN, J. D., BROWN, K. W. (2018), Mindful increases prosocial responses toward ostracized strangers through the empathic concern, *Journal of Experimental Psychology: General*, 147(1), 93-112.
6. BERRY, D. R., HOERR, J. P., CESKO, S., ALAYOUBI, A., CARPIO, K., ZIRZOW, H. (2020), Does mindfulness training without specific ethic-based instruction promote prosocial behaviors? A meta-analysis, *Personality and Social Psychology Bulletin*, 46(8), 1247-1269.

7. BISHOP, S. R., LAU, M., SHAPIRO, S., CARLSON, L., ANDERSON, N. D., VELTIN, D., DEVINS, G. (2004), Mindfulness: a proposal operational definition, *Clinical Psychology Science and Practice*, 11(3), 130-241.
8. CAMPBELL, L. F., WHITE, J., STEWART, A. E. (1991), Relationship Between Psychological and actual birth order, *Individual Psychology: Journal of Adlerian Theory Research & Practice*, 47, 130-131.
9. CARLSON, L. E., BROWN, K. V. (2005), Validation of the mindful attention awareness scale in a cancer population, *Journal of Psychosomatic Research*, 58(1), 29-33.
10. CARPENTER, J. K., CONROY, K., GOMEZ, A. F., CURREN, L. C., HOFMACNN, S. G. (2019), The relationship between trait mindfulness and affective symptoms: a meta-analysis of the Five Facet Mindfulness Questionnaire (FFMQ), *Clinical Psychology Review*, 74, art. 101785.
11. CATAK, P. D. (2012), The Turkish version of the Cognitive and Affective Mindfulness Scale revised, *Europe Journal of Psychology*, 8(4), 603-619.
12. CHEN, S., JORDAN, C. H. (2020), Incorporating ethics into brief mindfulness practice: Effects on well being and prosocial behavior, *Mindfulness* 11, 18-29.
13. CHIESA, A., CALATI, R., SERRETTI, A. (2011), Does mindfulness training improve cognitive abilities? A systematic review of neuropsychological findings, *Clinical Psychology Review*, 31(3), 449-464.
14. CONDON, P. (2019), Meditation in context: Factors that facilitates prosocial behavior, *Current Opinion in Psychology*, 28, 15-19.
15. COREY, G. (2009), *Theory and practice of counselling and psychotherapy*, (5th ed.) Brooks/Cole.
16. COTTERILL, B. F. (2022), The relationship between psychological birth order position and personality style, *Journal of Individual Psychology*, 78(2), 238-256.
17. CRANDAL, J. E. (1980), Adler's concept of social interest: Theory, measurement an implication for adjustment, *Journal of Personality and Social Psychology*, 39(e), 481-495.
18. CRANDAL, J. E. (1984), Social interest as moderator of life stress, *Journal of Personality and Social Psychology*, 47(1), 164-174.
19. CRANDAL, J. E. (1991), A Scale of Social Interest, *Individual Psychology: Journal of Adlerian Theory Research & Practice*, 47(1), 106-114.
20. CRANDAL, J. E., HARRIS, M. D. (1991), Social interest, cooperation, and altruism, *Individual Psychology: Journal of Adlerian Theory Research & Practice*, 47(1), 115-120.
21. DONALD, J. N., SAHDRA, B. K., VAN ZANDEN, B., DUINEVELD, J. J., ATKINE, P. W. (2019), Dou your mindfulness benefit others? A systematic review and meta-analysis of the link between mindfulness and prosocial behavior, *British Journal of Psychology*, 110(1), 101-125.
22. DREIKURS, R. (1997), Holistic medicine, *Journal of Individual Psychology*, 53(2), 127-205.

23. ERGUNER-TEKINALP, B., TERZI, S. (2014), Coping, social interest and psychological birth order as predictor of resilience in Turkey, *Applied research in Quality of life*, 9(4), 1-16.
24. FELDMAN, G., HAYES, A., KUMAR, S., GREENSON, J., LAURANCEAU, J. P. (2007), Mindfulness and emotion regulation: The development and initial validation of the Cognitive and Affective Mindfulness Scale-revised (CAMS-R), *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 29(3), 177-190.
25. FERGUSOM-DREIKURS, E. (1999), *Adlerian theory: an introduction*, Adler School of professional Psychology.
26. GERMER, C. K., SIEGEL, R. D., FULTON, P. R. (2013), *Mindfulness and Psychotherapy*, (2nd ed.) Guilford Press, NY.
27. GFOENER, K., NELSEN, J., KERN, R. N. (2013), Positive discipline: Helping children develop belonging and coping resources using individual psychology, *Journal of Individual Psychology*, 69(4), 294-304.
28. GUZICK, D. T., DORMAN, W. J., GROFF, T. S., ALTERMATT, E. R., FORSYTH, G. A. (2004), Fostering social interest in schools for long term and short-terms outcomes, *Journal of Individual Psychology*, 60(4), 361-366.
29. HANNA, J. (1996), Community feeling, empathy and intersubjectivity: A phenomenological framework, *Journal of Individual Psychology*, 52(1), 22-30.
30. HAYES, S. C., GREGG, J. (2000), Functional contextualism and the self, in C. Muran (ed. HOFMANN), *Self-relation in the psychotherapy process* (pp. 291-307), American Psychological Association.
31. HJELLE, L. A. (1991), Relationship of social interest to internal-external control and self-actualization in young woman, *Individual Psychology: Journal of Adlerian Theory Research & Practice*, 47(1), 101-105.
32. HOFMANN, S. G., SAWYER, A. T., WITT, A. A., OH, D. (2010), The effect of mindfulness-based therapy and anxiety and depression: a meta-analytic review, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78(2), 169-183.
33. ILMEN, Z., SURUC, A. (2022), The predictive relationship between marital adjustment, psychological birth order and psychological resilience of married individuals, *Family Journal*, Advance online publication, <https://doi.org/10.1177/10664807221124256>
34. IWAMOTO, S. K., ALEXANDER, M., TORRES, M., IRWIN, M. R., CRISTAKIS, N. A., NISHI, A. (2020), *Mindfulness meditation activities altruism*, Scientific Report, 10, 6511.
35. JOHNSON, P., SMITH, A. J., NELSON, M. D. (2003), Predictors of social interest in young adults, *Journal of Individual Psychology*, 59(3), 281-292.
36. KABAT-ZINN, J. (1990), *Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain and illness*, Delacorte.
37. KABAT-ZINN, J. (1994), *Wherever you go, there you are: Mindfulness meditation in everyday life*, Hyperion, Westport, Connecticut.

38. KABAT-ZINN, J., KABAT-ZINN, M. (1997), *Everyday blessings: The inner work of mindful parenting*, Hyperion, Westport, Connecticut.
39. KALKAN, M. (2008), The relationship of psychological birth order to irrational relationship beliefs, *Social Behavior & Personality: An International Journal*, 36(4), 455-466.
40. LAMERS, S. M. A., WESTERHOF, G. J., BOHLMMEIJER, E. T., KLOOSTER, P. M., KEYES, C. L. M. (2011), Evaluating the psychometric properties of the mental health Continuum -Short Form (MHC-SF), *Journal of clinical Psychology*, 67(1), 99-110.
41. LEAK, G. K. (2011), *Confirmatory factor analysis of the social interest index*, SAGE Open, 1(3), 1-4.
42. LEAK, G. K., WILLIAMS, D. E. (1989a), Relationship between social interest, alienation and psychological hardiness, *Journal of Individual Psychology*, 45(3), 369-376.
43. LEAK, G. K., WILLIAMS, D. E. (1989b), Relationship between social interest and perceived family environment, *Journal of Individual Psychology* 45(3), 363-368.
44. MAHALINGAM, E. (2019), *Mindful mindset, interconnectedness and dignity*, Youth Globalization, 1(2), 230-253.
45. MARKOWSKY, E., GREENWOOD, P. (1984), Marital adjustment as a correlate of social interest, *Journal of Individual Psychology*, 40, 300-308.
46. MEDVEDEV, O. N., KRAGELOH, C. U. NARAYANAN, A., SIEGERT, R. Z. (2017), Measuring mindfulness: applying generalizability theory to distinguish between state and trait, *Mindfulness*, 8(4), 1936-1046.
47. MIRANDA, A. D., UMHOEFER, D. L. (1988), Depression and social interest differences between Latinos, *Journal of Mental Health Counselling*, 20(2), 159-172.
48. NIKELLY, A. G. (2005), Positive health outcome of social interest, *Journal of Individual Psychology*, 61(4), 329-342.
49. PEPPING, C., DUVENAGE, M. (2016), The origins of individual differences in dispositional mindfulness, *Personality and Individual differences*, 93, 130-136.
50. RYAN, R. M., BROWN, K. W., CRESWELL, J. W. (2007), How integrative is attachment theory? Unpacking the meaning and significance of felt security, *Psychological Inquiry*, 18(3), 177-182.
51. SCHWARTZ, C., MEISENHOLDER, J. B., MA, Y., REED, G. (2003), Altruistic social interest behaviors are associated with better mental health, *Psychosomatic Medicine*, 65(5), 778-785.
52. SEGAL, Z., WILLIAMS, J. M., TEASDALE, J. D. (2002), *Mindfulness based cognitive therapy for depression: a new approach to preventing relapse*, Guilford Press, NY.
53. SHAPIRO, S. L., CARLSON, L. E., ASTIN, J. A., FREEDMAN, B. (2006), Mechanisms of mindfulness, *Journal of Clinical Psychology* 62(3), 373-386.
54. SHAVER, P. R., LAVY, S., SARON, C. D., MIKULINCER, M. (2007), Social foundation of the capacity for mindfulness. *Psychological Inquiry: An International Journal for the Advancement of Psychological Theory*, 18(4), 264-271.

55. SIEGEL, D. J. (2021), Interpersonal neurobiology from the inside-out, in SIEGEL, D. J., SCHORE, A. N., COZZOLINO, L. J., *Interpersonal neuro-biology and clinical practice* (pp.1-26), Norton, NY.
56. SIEGEL, D. J. (2022), *Intra-Connected: Mwe (Me + We) as the integration of self, identity and belonging*, Norton, NY.
57. SIEGEL, R., GERMER, C. K., OLENDZKI, A. (2009), Mindfulness: What is it? Where did it come from? In Didonna (ed.), *Clinical handbook of mindfulness*.
58. STEWART, A. E. (2012), Issues in birth order research methodology: Perspective from individual psychology, *Journal of Individual Psychology*, 68(1), 75-106.
59. UZUN, B., KRAL, T. (2021), Fark et, anda kal, namidiger Mindfulness: Farkandalik, uygulamalarinin dunu, begunu ve Kulturumuze duyarlilik, *Uluslararası Bilim ve Egitim Dergisi*, 4(1), 15,27.
60. WHITE, J., CAMPBELL, L., STEWART, A. (1995), Association of scores on the White Campbell psychological birth order inventory and the Kern lifestyle scale, *Psychological Report*, 77(3), 1187-1196.
61. ZHAO, X., LINCH, J. R., CHEN, Q. (2010), Reconsidering baron and Kenny: Myths and truths about mediation analysis, *Journal of Consumer Research*, 37, 197-206.

Melisa Sevi Koç, PhD, è psicologa clinica. Lavora come assistente alla cattedra di Psicologia all'Università Aydin di Istanbul.

Bilge Uzun, PhD, è fondatore del Mindful Schools Institute ed è Presidente dell'International Adler Institute in Turchia. Lavora come Professore di Counselling Psicologico all'Università Bahcesehir.

Curare, guarire e formare nel XXI secolo e il pensiero adleriano psicodinamico

CLAUDIO GHIDONI

Summary – TREATING, HEALING AND TRAINING IN THE 21ST CENTURY AND ADLERIAN PSYCHODYNAMIC THINKING. We live in a complex age, conditioned by an elitist economy, characterized also by a declared but often manipulative inclusivity and by dangers of artificial intelligence, if misdirected. For this reason, in our Adlerian Schools we urge attention to the training of therapists capable of renewing and proposing strong post-Adler thinking. On treating mental health, this new millennium seems to prefer the scientific and confident accent of biological, organic and educational psychology, denying the dimension of unawareness and the irrational. On healing, we attempt a paradoxical reflection: the idea of death as a simple disease to be defeated has long been established. The omnipotence of man who wants to dominate everything would reduce healing to a new "market". The frantic search for perpetual youth covers a dangerous superiority complex that could definitively destroy the sense of community. We believe that the ability to interpret the world and perceive its hidden corner means approaching human suffering and its symbols. The new millennium requires psychotherapists with mastery of a free mind ready for change and transformation. This contribution aims to identify the essential elements which training must promote in an ecological and community sense. To the first place we certainly put the ability to create reality which includes the word "Future". In training, putting the concept of vision at the centre means looking ahead, which is the ability to overcome the limits that slow down development in every field. Adler states: "Life means making a contribution to the whole."

Keywords: MENTAL HEALTH, TO HEAL, HEALING, SOCIAL INTEREST, COMMUNITY OF FATE, GENERATING ARTIFICIAL INTELLIGENCE, FUTURE, UNPREDICTABILITY, MISTAKE, PSYCHODYNAMIC PSYCHOTHERAPY, UNCONSCIOUSNESS, VISION, TRAINING METHOD, ALFRED ADLER, INDIVIDUAL PSYCHOLOGY

Sommario – Viviamo in un'epoca complessa, condizionata da un'economia elitaria, caratterizzata anche da un'inclusività dichiarata ma spesso manipolatoria e dai pericoli dell'intelligenza artificiale, se mal indirizzata. Per questo motivo, nelle nostre Scuole Adleriane sollecitiamo l'attenzione alla formazione di terapeuti capaci di rinnovare e proporre un forte pensiero post-Adler. Per quanto riguarda la cura della salute mentale, questo nuovo millennio sembra preferire l'accento scienista e fiducioso della psicologia biologica, organica ed educativa, negando la dimensione dell'inconsapevolezza e dell'irrazionale. Sulla guarigione, tentiamo una riflessione paradossale: da tempo si è affermata l'idea della morte come semplice malattia da sconfiggere. L'onnipotenza dell'uomo che vuole dominare tutto ridurrebbe la guarigione a un nuovo "mercato". L'affannosa ricerca della giovinezza perpetua copre un pericoloso complesso di superiorità che potrebbe distruggere definitivamente il senso di comunità. Crediamo che la capacità di interpretare il mondo e di percepirne gli angoli nascosti significhi avvicinarsi alla sofferenza umana e ai suoi simboli. Il nuovo millennio richiede psicoterapeuti con la padronanza di una mente libera e pronta al cambiamento e alla trasformazione. Questo contributo si propone di individuare gli elementi essenziali che la formazione deve promuovere in senso ecologico e comunitario. Al primo posto mettiamo sicuramente la capacità di creare una realtà che include la parola "futuro". Nella formazione, mettere al centro il concetto di visione significa guardare lontano e farne una convinzione e metodo

Parole chiave: SALUTE MENTALE, GUARIRE, GUARIGIONE, SENTIMENTO SOCIALE, COMUNITÀ DI DESTINO, INTELLIGENZA ARTIFICIALE GENERATIVA, FUTURO, IMPREVEDIBILITÀ, ERRORE, PSICODINAMICA, INCONSAPEVOLEZZA, VISIONE, METODO FORMATIVO, ALFRED ADLER, PSICOLOGIA INDIVIDUALE

*“Da un legno storto come quello di cui è fatto l'uomo,
non si può costruire niente di perfettamente dritto.”*
Kant, I. (1781), Critica della Ragion Pura.

*«In ogni caso, dato che le parole – portatrici del significato –
e i pensieri si rassomigliano, agli esseri che pensano
è proprio un impulso a parlare, agli esseri che
parlano è proprio un impulso a pensare».*
Arendt, A. (1964), Vita Activa. La condizione Umana.

I. Per non dimenticare

L'uomo nel suo sviluppo in questo mondo non cessa mai di cercare, esplorare e sperimentare il *significato implicito* del vivere in modo da scoprire e individuare il *senso della propria vita*.

La sicurezza diviene l'assillo quotidiano da raggiungere attraverso strade a volte non semplici e piane con il rischio di deviare in atteggiamenti di compensazione il cui traguardo non è una stabilità sicura, ma un apparente ristoro architettato da un abile autoinganno.

Tale *movimento* dell'individuo, elaborato nella assoluta inconsapevolezza, procede alla creazione di una meta sicura eseguita in sintonia unitaria con il corpo, e sentimenti e immaginazioni si manifesteranno coerentemente in accordo con lo *stile di vita*.

Semplicemente nell'osservare le *azioni dell'uomo* scopriremo che ciascuno agisce per un suo individuale *significato alla vita*, formando un comportamento stabile e lineare. Tutti i cambiamenti che l'uomo ha ottenuto nel suo ambiente hanno creato una *cultura*, espressione dei movimenti delle menti umane capaci di *prevedere, valutare e identificarsi* cooperando con i propri simili. Pure nella *sintomatologia* e nel processo della *guarigione* si possono osservare gli schemi, le direzioni, i movimenti della mente umana [4, 1].

Stando a queste sintetiche affermazioni del pensiero adleriano, si evidenzia che l'atto psicoterapeutico è fortemente integrato nella cultura ambientale della persona nel suo aspetto diagnostico e nella relazione di cura: "*corpo e mente cooperano come parti indivisibili di un tutto unico*" (4, p. 40).

II. Oggi

Certamente oggi viviamo in un'epoca complessa. La complessità è una prospettiva nuova, un sistema diverso ben categorizzato, un'epistemologia che ci porta a un nuovo modo di pensare. Da non confondere con il sistema complicato dove ogni aspetto può essere analizzato e controllato per rendere possibile la perfezione e il "giusto equilibrato".

Mentre i sistemi complicati sono meccanismi, i sistemi complessi sono organismi in continua interazione con l'ambiente esterno, creando in tal modo una relazione vitale e producendo un cambiamento. Adler aveva intuito la necessità che l'educare, formare e ricercare fossero azioni in continua prospettiva in cui l'umano è perennemente in connessione e interdipendente perché il suo conoscere quotidiano ruota attorno a una verità assoluta per l'attuazione e compimento del sentimento di comunità come approdo e tensione di igiene mentale ed elevazione sociale.

Pertanto, il pensiero Individualpsicologico si colloca a pieno titolo come sistema complesso.

La tecnocrazia, le scoperte scientifiche, sembrano preludere una parusia che eliminerà l'errore e il conflitto, misurando ogni cosa attraverso un controllo scientifico come se tutto fosse un meccanismo formato da parti intercambiabili, e dove il problema non è più un problema perché ammette sempre una soluzione.

Edgard Morin, a riguardo di queste affermazioni incisivamente sostiene: «*La civiltà delle macchine intelligenti, ove artificiale e naturale coincidono, è segnata da una progressiva crescita della dimensione del tecnologicamente controllato che, marginalizza l'Umano, svaluta il pensiero e restringe lo spazio della responsabilità, ridefinendo le sfide della complessità proprio nella direzione di ripensare/ridefinire la centralità della Persona e dell'Umano*» (43, p. 12).

L'Intelligenza artificiale generativa, nella logica adleriana del sentimento di comunità, non potrà essere governata da gruppi elitari come garanzia di trasparenza degli algoritmi. Gli esseri umani non potranno essere portati a pensare come macchine, sarebbe un fallimento dell'umanità, occorre smettere con le false dicotomie e non più contrapporre formazione umanistica e scientifica, conoscenze e competenze.

La sconfitta più grande sarebbe voler espellere l'imprevedibile e l'errore.

Un'epoca dunque condizionata dalla rivoluzione dell'intelligenza artificiale, dal pericolo anarcoide del potenziamento delle tecnologie digitali, dall'inclusività dichiarata ma spesso manipolatoria, da una libertà fluida alla ricerca di dipendenza, ecc. L'ambiente artificiale in cui abitiamo è oggi prioritario tanto da costituire una nuova natura. L'uomo è in difficoltà, sempre meno capace di interagire col prossimo e di capirlo in un mondo della comunicazione digitale nel quale l'odio attira e rende più del sesso.

Abbiamo bisogno di un nuovo umanesimo che vada verso l'umanità, che non metta l'uomo in posizione dominante (come intendono la big science e il post-umano), ma al centro del mondo vivente per poter agire con responsabilità e promuovere il benessere di tutte le forme di vita del pianeta.

La sofferenza psichica dei nostri pazienti, nella costruzione funzionale e compensatoria del sintomo, non ricerca, assorbe ciò che le viene algoritmicamente somministrato e spesso rinuncia al processo verso la verità. Pertanto, nelle nostre Scuole adleriane urge, come primaria importanza, l'attenzione alla formazione di allievi capaci a rinnovare e proporre al cambiamento antropologico e culturale in atto un forte pensiero dopo Adler. In questa sede proponiamo una riflessione sul curare e il guarire ripensandoli in senso ecologico e comunitario.

III. *Curare*

Il *curare* la salute mentale, termine ambiguo nel secolo scorso a seconda delle esigenze di controllo sociale, politico e produttivo. Nella società complicata tutto deve essere prevedibile. La sicurezza e la stabilità sociale per migliorare la qualità della vita, pilotate verso una finalità possibilmente perfetta, facevano sentire il soggetto in difetto e diverso. Oggi siamo sovramedicati, anzi, come esempio, i comportamenti dei bambini che chiamavamo ribellione, capricci, distrazioni ecc., vengono ora classificati scientificamente come deficit di attenzione, disturbo oppositivo provocatorio ecc., giustificati con pronta e relativa cura. Quasi sempre genitori, insegnanti e istituzioni, involontariamente sedotti, sono complici di questa ipermedicazione.

Sembra che l'uomo moderno abbia perso il senso del vivere, nel dolore non vede i segni di una necessità di rilettura e richiamo di significati. Completamente si consegna nelle mani di una cultura che lo svuota della creatività offrendo la certezza che la realizzazione sia a portata di tutti e il successo sicuro, i sogni e gli eventi non hanno più distanza assottigliando e neutralizzando la rinuncia.

Adagio, anestetizzati, potremmo passeggiare su un abisso finzionale, orfani e spogliati dal grande scopo di stare al mondo: la cooperazione come esperienza di interesse per gli altri, viverci come parte di un tutto e contribuire al progresso del genere umano.

“*Conosci te stesso*”, il celebre imperativo morale del tempio di Delfi, invitava l'uomo alla saggezza nel fidarsi a compiere fino in fondo il proprio destino riconoscendo di essere infinitamente piccolo. Il destino che esortava a interrogarsi sulla ricerca della verità durante il cammino della vita, oggi è relegato a un passatempo scaramantico sostituito da continuo presente che ci invoglia a non perdere tempo sulle opportunità gioiose che ci vengono abbondantemente offerte [26].

L'inconscio perde il carisma, il mistero, il simbolico e l'attesa, è solo un prodotto di una verifica pragmatica. Il sintomo viene percepito in questo XXI secolo non più una comunicazione, né per il paziente né per lo psicoterapeuta. C'è il rischio che l'analista diventi un analfabeta dello spirito.

Il nuovo millennio sembra orientato a preferire l'accento scienziato e sicuro del biologico, dell'organicistico e della psicologia educativa, negando l'inconsapevolezza e l'irrazionale, mentre Adler ritiene che la sofferenza psichica richieda lo sguardo, la funzione tardiva materna che accoglie con tenerezza, mitezza e ascolto attuando la finalità generativa per l'interesse per l'altro.

IV. *Guarire e guarigione*

Al termine *guarigione* sostituiamo il guarire come ricerca: trovare, analizzare, confrontare, cambiare e trasformare nell'interno della relazione paziente e terapeuta [44]. Appropriata l'affermazione di Nicola Gardini che descrive il malato come «*La rappresentazione più perfetta dell'unicità di ciascun essere. La malattia porta il marchio di fabbrica dell'anima*». Infatti, la sofferenza/malattia manifesta lo stile di vita della persona e il modo e i tentativi dell'affrontare soggettivamente le avversità morbose [37]. Pertanto, la malattia è un movimento che procede inconsciamente verso finalità compensatorie, non un *fatto*. Comunque, il lavoro dell'analisi terapeutica raggiunge il suo apice quando il paziente *incontra o ripristina il sentimento di comunità* testimoniato dall'analista.

La ricerca spasmodica della perpetua giovinezza o dell'immortalità copre un complesso di superiorità pericoloso destinato a distruggere il *senso di comunità*. Più che mai in questo secolo il pensiero individualpsicologico si propone come pensiero critico allo sviluppo etico delle virtù quali la saggezza, la giustizia, il coraggio e la temperanza.

Il paziente adleriano, nella sua sofferenza psichica, non cerca la *guarigione* perché l'esperienza psicoterapeutica ha come obiettivo *cambiare, innovarsi*, un cambio di prospettiva pur mantenendo la consapevolezza di fondo della sintomatologia.

V. Prospettiva formativa

Nella prospettiva della Psicologia Individuale, studiare sottende il tentativo di attribuire al mondo un significato, per cui si configura creativamente come modo evoluto di giocare. Riprendendo l'etimologia del termine se ne comprende la ricchezza semantica: *studiare* deriva infatti dal latino *studere* con il significato di «*aspirare a qualche cosa, applicarsi attivamente*¹», in piena armonia con il tema tutto adleriano del muoversi verso una *mèta di sicurezza* e superiorità e del *grado di attività* che si dispiega attraverso l'impegno, l'interesse ed il desiderio e sottende l'inclinazione a stare sul lato utile del vivere.

Come scrive Gardini, “*Studiare è cercare significato*”, è osservare, conoscere la realtà attraverso la fantasia, è respirare liberamente, studiare è formulare domande e notare le differenze, strutturando teorie per poi sottoporle a verifica e rivederle quando cessano di mostrarsi euristiche [36].

Non sembra quindi una buona soluzione cedere al fascino tecnologico, ma con la stessa Intelligenza artificiale generativa occorre saper coltivare:

- la propensione innata alla creatività, cioè la flessibilità di vedere,
- la propensione all'innovazione, cioè la capacità di cambiare,
- la propensione al senso critico, a problematizzare,
- la propensione all'arte di fare congetture, investigare e fare domande.

L'*ars interrogandi*, nucleo della nostra creatività, sarà compito dell'uomo, le risposte saranno un rielaborato di saperi e informazioni online già note [22, 48].

Educare all'*imprevedibilità* implica mettere in discussione le nostre conoscenze dogmatiche e le abitudini diventate regole acritiche, capovolgendo il nostro modo di osservare e interpretare la realtà e mutare il nostro modo di percepire e leggere la quotidianità [29]. Non dimentichiamoci che una palestra insostituibile è il lavoro sull'attività onirica che facciamo con il paziente nell'imprevedibile e nel non osservabile.

L'*errore*, come la *creatività* e le emozioni, è una nostra necessità, è il fondamento dell'apprendere e della ricerca scientifica. Un grande autoinganno è credere che i saperi tecnici e l'iperspecialismo, in una società dell'incertezza, siano risposte all'angoscia dell'impotenza e all'insicurezza [29].

Ritengo che la *capacità di interpretare il mondo e intuirne la trama nascosta* significhi avvicinarsi alla sofferenza dell'umano e ai suoi simboli, il nuovo millennio richiede psicoterapeuti e analisti con maestria di una mente libera pronta al cambiamento, alla trasformazione e all'innovazione.

¹ Vocabolario Treccani online.

Innovare, motore e anima del pensiero adleriano, a volte potrebbe significare “oppor-si” al progressismo facile e ideologico sedotto dagli applausi. Con facilità potrebbe accadere di incontrare l’errore di svalorizzare l’idea di *natura* e di *storia*.

Per il progressismo a oltranza oggi la *natura* è ormai solo qualcosa da superare, un pensiero arcaico da gettare alle spalle in termini concettuali e pratici: la vita umana deve in un certo senso piegarsi alla scienza e alla tecnica.

Si vuole eliminare l’idea che certi comportamenti umani (bipolarità di genere, accoppiamento, genitorialità, legami dei gruppi primari, ecc.) non hanno fondamenti nella natura, tutto è frutto di convenzioni sociali, un prodotto della società. L’individuo è la misura di tutte le cose. Aprendo la strada dell’amplificazione dei diritti personali, la tecnoscienza rinforza l’onnipotenza individualista.

Anche la *storia*, origine primaria della tradizione, contrasta lo scopo progressista: guardare solo avanti, non è più opportuno il ruolo di maestra di vita, il nuovo è appunto buono.

I mondi morali di ieri, carichi di ideali, sono retrogradi e privi di prospettiva. Oggi la cautela e il dubbio sono necessari e formativi, non è uno star fermi e tanto meno un voler tornare indietro: si tratta di capire dove ci stiamo orientando per non incorrere nel pericolo di distruggere.

Adler ha portato già più di cento anni fa nella psicologia del profondo una *metodica prospettica*, il valore euristico e preveggente nella ricerca, nella formazione e nella clinica. L’analisi della contestualità e primariamente della costellazione familiare ci indicano come il *potere creativo del bambino* ha saputo destreggiarsi ed elaborare creativamente la formazione dello *stile di vita* imparando ad abitare un ambiente ricco di complessità vitali quali il materno, il paterno, la fratria, la generazionalità. Con il suo pensiero innovativo la Psicologia Individuale sprona a tradurre le *virtù* in abitudini di vita, in una *saggezza pratica* come azione dell’*arte di vivere*.

In sintesi, il nucleo formativo si concretizza in:

- **apprendere a osservare** come attitudinalità di mettersi in sintonia con il mondo naturale, sociale e umano, raccogliere ed elaborare indizi delle azioni umane e degli ambienti circostanti individuandone le *coerenze* che formano lo *stile di vita*, punto saliente di ogni atto diagnostico e terapeutico nonché pedagogico. Apprendere e addestrarsi all’osservazione impone una mente priva di pregiudizi e di idee dogmatiche pronta al confronto;

- **intuire per scegliere** dalla massa di elementi acquisiti le *finalità*, le *mete*, un *disegno* di valore primario, motivazionale, energetico che produce *movimento*. Ogni particolare ci comunica informazioni e dettagli che obbligano a guardare e valuta-

re con un pensiero critico. Questo stadio implica il *sostare* per incontrare sé stessi, nell'autoconsapevolezza e nell'autoriflessione. Un analista è in costante interpretazione dei suoi dubbi, non per dubbiosità e insicurezza soggettiva, ma per necessità di non abbandonare la mente al piattume della norma e della cronicità;

- **immaginare per progettare** uno scenario di uno *stile di vita* nuovo, plasmato e modellato da una *creatività* incoraggiante che genera la forza di compiere scelte evolutive e una mente proattiva. Terreno questo fertile per creare una sorta di ottimismo per affrontare nuovi cambiamenti e apprendimenti. Non solo, tale *abilità*, presidia la ricerca scientifica, l'innovazione tecnologica orientandola al bene e al sentimento di comunità.

Concludendo non dobbiamo dimenticare la **visione** come capacità di creare la realtà che ingloba la parola *futuro*. Il futuro, da luogo ideale verso il quale proiettare la propria forza vitale, è ormai percepito come incertezza a cui sperare di sopravvivere.

Nella formazione mettere al centro il concetto di *visione* significa guardare lontano: la visione è al tempo stesso *convinzione* e *metodo*, propensione a cogliere le sfumature e a non fermarsi alla mera dicotomia, rimettere al centro i valori e non aver paura di citare parole alte come verità, solidarietà, felicità, senso della vita [9]. L'attitudine a guardare lontano è necessaria per superare i limiti che frenano lo sviluppo in ogni campo. Adler afferma: "*La vita significa dare un contributo al tutto*" (4, p. 28).

In tal senso, non possiamo che tenere fortemente presente che siamo una comunità di destino: il principio della responsabilità umana guarda la cura come tensione per la vita di un altro essere con una attenzione alla speranza come fiducia al nuovo e al futuro.

Il cammino etico non può risiedere in una torre a osservare e giudicare, ma contribuire a unire la materia e la vita, il corpo e lo spirito, l'animale e l'umano dando significato e senso al nostro esserci e al nostro agire, riconoscendo la nostra comune vulnerabilità. Cura come qualità di attenzione, di responsabilità e di empatia.

Il messaggio adleriano per il XXI secolo è investimento sul futuro come luogo di realizzazione di sé, oltre sé, proiettandosi al Noi.

Come scrive Adler ne *La conoscenza dell'uomo*, «*la vita psichica dell'uomo, sempre costretta ad affrontare compiti in vario grado determinati dall'esterno, non può disporre di sé liberamente. I vari doveri dell'uomo sono sottoposti alla logica della vita collettiva, che si prospetta come condizione essenziale*» (3, p. 41).

In tal senso, proprio questa logica collettiva, che fonda sé stessa sulle "*regole contingenti del gioco di un gruppo*" [ibidem] costituisce il terreno e la base di partenza della nostra conoscenza dell'uomo nel suo cammino sulla Terra, così delimitata e condizionata dalla strutturazione del corpo, dalle sue prestazioni ed anche dalla sua

imperfessione e dall'errore: «*A piccoli passi, superando ostacoli ed errori, è possibile avvicinarci a questa verità assoluta*» [ibidem].

Riprendendo il pensiero di Kant, anche la nostra conoscenza del mondo si basa sull'errore, nella misura in cui un'entità complessa e tortuosa come l'essere umano, non poteva produrre nulla di "perfetto": la perfezione, in effetti, richiama letteralmente ed etimologicamente ciò che è compiuto e finito, mentre il vivere si dipana nella sua creativa imperfessione, nei suoi inciampi e nella possibilità di apprendere dall'esperienza [39].

Bibliografia

1. ADLER, A. (1912), *Über den nervösen Charakter*, tr. it. *Il temperamento nervoso*, Astrolabio, Roma 1971.
2. ADLER, A. (1920), *Praxis und Theorie der Individualpsychologie*, tr. it. *La psicologia Individuale*, Newton Compton, Roma 1983.
3. ADLER, A. (1927), *Menschenkenntnis* tr. it. *La conoscenza dell'uomo nella psicologia individuale*, Newton Compton, Roma 1994.
4. ADLER, A. (1931), *What life should mean to you*, tr. it. *Cosa la vita dovrebbe significare per voi*, Newton Compton Editori, Roma 1976.
5. ADLER, A., MACHT, K. (1928), *Die Kunst eine Lebens und Krankengeschichte zu Lesen*, in ADLER, A. (scritti 1928-1932), *Die Technik der Individualpsychologie*, tr. it. *L'arte di leggere la vita. Storia di una malattia*, (a cura di Marasco, E.E., Marasco, L.), Ed. Mimesis, Milano-Udine 2019.
6. ADLER, A., METZGER, W. & METZGER, W. (1933), *Der Sinn des Lebens*, tr. it. *Il senso della vita*, Newton Compton, Roma 1997.
7. AMMANITI, M., FERRARI, P. F. (2020), *Il corpo non dimentica*, Raffaello Cortina Editore Milano.
8. AMMANITI, M., GALLESE, V. (2014), *La nascita dell'intersoggettività*, Raffaello Cortina Editore, Milano.
9. ARENDT, H. (1958), *The Human Condition*, tr. it. *Vita activa. La condizione umana*, Bompiani, Milano 1964.
10. BALDINI, M. (1986), *Epistemologia e pedagogia dell'errore*, La Scuola, Brescia.
11. BENASAYAG, M. (2024), *ChatGPT non pensa (e il cervello neppure)*, Jaca Book srl, Santarcangelo di Romagna (RN).
12. BENASAYAG, M., COHEN, T. (2023), *L'epoca dell'intranquillità*, Vita e Pensiero Editore, Milano.

13. BION, W. R. (1967), "Note su memoria e desiderio", in SPILLIUS, E. B. (1988, a cura di), *Melanie Klein e il suo impatto sulla psicoanalisi oggi*, Vol. 2, *La pratica*, tr. it. Astrolabio, Roma 1995.
14. BODEI, R. (2016), *Limite*, il Mulino, Bologna.
15. BORGNA, E. (2018), *L'arcobaleno sul ruscello. Figure della speranza*, Raffaello Cortina, Milano.
16. BOSTON CHANGE PROCESS STUDY GROUP (2010), *Change in Psychotherapy* tr. it. *Il Cambiamento in psicoterapia*, Raffaello Cortina, Milano 2012.
17. BYUNG-CHUL, H. (2012), *Transparenzgesellschaft*, tr. it. *La società della trasparenza*, Nottetempo, Roma 2014.
18. BYUNG-CHUL, H. (2013), *Im Schwarm Ansichten des Digitalien*, tr. it. *Nello Sciame. Visioni del digitale*, Nottetempo, Roma 2015.
19. CALVINO, I. (1988), *Lezioni americane. Sei proposte per il prossimo Millennio*, Garzanti, Milano.
20. CERUTI, M. (2018), *Il tempo della complessità*, Raffaello Cortina, Milano.
21. CERUTI, M. (2024), *Metodo Calvino per governare con le macchine*, Il Sole 24 Ore Domenica 31 marzo 2024.
22. CERUTI, M., BELLUSCI, F. (2021), *Abitare la complessità*, Mimesis, Milano-Udine.
23. CERUTI, M., BELLUSCI, F. (2023), *Umanizzare la modernità*, Raffaello Cortina, Milano.
24. CIVITARESE, G. (2008), *L'intima stanza. Teoria e tecnica del campo analitico*, Borla, Roma.
25. DAMASIO, A. R. (2021), *Feeling & Knowing. Making Minds Conscious*, tr. it. *Sentire e conoscere*, Adelphi, Milano 2022.
26. DELLO RUSSO, S., PELLEGRINO, G. (2023), *Serendipità e fioritura*, in *Rivista LMDP*, marzo 2023, Luiss University Press, Roma.
27. DESSAL, G. (2023), *Un'altra cura*, in *Rivista LMDP*, marzo 2023, Luiss University Press, Roma.
28. DIONIGI, I. (2019), *Osa sapere. Contro la paura e l'ignoranza*, Solferino, Milano.
29. DOMINICI, P. (2024), *Oltre i cigni neri*, Franco Angeli Editore, Milano.
30. ECO, U. (2017), *Sulle spalle dei giganti*, La Nave di Teseo, Milano.
31. FASSINO, S. (2017), *Neuroscienze e dinamiche profonde del cambiamento nella relazione psicoterapeutica*, *Riv. Psicol. Indiv.*, 82: 29-53.
32. FERRERO, A. (2010), *Il lavoro sulle finzioni in psicoterapia: significato del Setting*, *Riv. Psicol. Indiv.*, 68: 81-93.
33. FERRO, A. (2007), *Evitare le emozioni, vivere le emozioni*, Raffaello Cortina, Milano.
34. FERRUTA, A. (2005), *Pensare per immagini*, Borla, Roma.
35. GALLESE, V., MORELLI, U. (2024), *Cosa significa essere umani?*, Raffaello Cortina, Milano.
36. GARDINI, N. (2024), *Studiare per amore*, Garzanti, Milano.
37. GARDINI, N. (2024), *Postfazione*, in WOOLF, V. (1930) *On being III*, tr.it. *Sulla malattia*, GARDINI, N. (a cura di), Edizioni Lindau, Torino 2024.

38. GHIDONI, C. (2022), Alfred Adler, una “scuola” per capire il fenomeno dell’innovazione, in *Quad. Riv. Psicol. Indiv.* n. 15: 195-200, Comunicazione XXIX Congresso Nazionale SIPI, Coppie, Famiglie e Collettività: LE COSTELLAZIONI ATTUALI, 21-23 ottobre 2022, Firenze.
39. KANT, I. (1781), *Kritik der reinen Vernunft*, tr. it. *Critica della ragion pura*, Bompiani, Milano 2004.
40. MARASCO, E. E., MARASCO, L. (2022), *Corsi di formazione Transculturale per Analisti adleriani, Linee guida di Parenti & Pagani*, Mimesis Edizioni, Milano.
41. MITCHELL, S. A. (2000), *Relationality. From Attachment to Intersubjectivity*, tr. it. *Il modello relazionale. Dall’attaccamento alla intersoggettività*, Raffaello Cortina, Milano 2002.
42. MORIN, E. (1999), *Les sept savoirs nécessaires à l’éducation du futur*, tr. it. *I sette saperi necessari all’educazione del futuro*, Raffaello Cortina, Milano 2001.
43. MORIN, E. (2024), Prefazione, in DOMINICI, P., *Oltre i cigni neri*, Franco Angeli Editore, Milano 2024: 9-14.
44. NICASI, S. (2023), Editoriale, *Psiche*, n. 1/2023: 5-26, Mulino, Bologna.
45. OGDEN, T. H. (2022), *Coming to Life in The Consulting Room. Toward a New Analytic Sensibility*, tr. it. *Prendere vita nella stanza d’analisi*, Raffaello Cortina, Milano 2022.
46. PANKSEPP, J., BIVEN. L. (2012), *The Archaeology of Mind*, tr. it. *Archeologia della mente umana*, Raffaello Cortina, Milano 2014.
47. PRETA, L. (2020, a cura di), *Prendersi cura*, Alpes Italia srl, Roma.
48. RAVASI, G. (2017), “*Adamo dove sei?*”, Vita e Pensiero, Milano.
49. REMOTTI, F. (2019), *Somiglianze. Una via per la Convivenza*, Editori Laterza, Bari.
50. ROVERA, G. G. (1979), Il sistema aperto della Individual-Psicologia, *Quad. Riv. Psicol. Indiv.*, n. 4.
51. ROVERA, G. G. (2004), Le strategie dell’incoraggiamento, *Riv. Psicol. Indiv.*, 66: 139-160.
52. ROVERA, G. G. (2015), Lo stile terapeutico, *Riv. Psicol. Indiv.*, 78: 19-85.
53. WINNICOTT, D. W. (1971), *Playing and Reality*, tr. it. *Gioco e realtà*, Armando, Roma 1974.

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

Il terapeuta, l'incontro, la relazione e la fatica, nella terapia del Disturbo Borderline di Personalità (DBP)

SERGIO LAGUZZI

Summary – THE THERAPIST, THE MEETING AND THE RELATIONSHIP, THE FATIGUE IN THE THERAPY OF DBP. The following work originates from the material accumulated over the last 6 years, in supervision and comparison meetings of a group of 11 psychotherapists who, at different times, have treated patients with Borderline Personality Disorder attending the Personality Disorder Prevention and Therapy Unit (UPT-DP) of the ASL TO3 using the SB-APP. The material has been schematically rearranged to isolate some aspects inherent in complexity, difficulty and fatigue and which have been discussed also using notions obtained from the literature. Subsequently, using knowledge from research on the mother-child relationship, on interpersonal neurobiology and on the evidence of the altered relationship between patients with DBP and their interlocutors, an in-depth study on the development of enactment, countertransference, also with regard to the somatic side, has been attempted

Keywords: INTERSUBJECTIVITY, INTERPERSONAL NEUROBIOLOGY, ENACTMENT, COUNTER-TRANSFERENCE

Abstract – IL TERAPEUTA, L'INCONTRO, LA RELAZIONE E LA FATICA, NELLA TERAPIA DEL DISTURBO BORDERLINE DI PERSONALITÀ (DBP). Il seguente lavoro prende origine dal materiale accumulato negli ultimi 6 anni, in riunioni di supervisione e confronto di un gruppo di 11 psicoterapeuti che, in tempi diversi, hanno curato i pazienti con Disturbo Borderline di Personalità afferenti presso l'Unità di Prevenzione e Terapia dei Disturbi di Personalità (UPT-DP) della ASL TO3 utilizzando la SB-APP. Il materiale è stato riordinato schematicamente per isolare alcuni aspetti inerenti complessità, difficoltà e fatica e che sono stati discussi utilizzando anche nozioni ottenute dalla letteratura. Successivamente, utilizzando conoscenze provenienti dalle ricerche sulla relazione madre bambino, sulla neurobiologia interpersonale e sulle evidenze dell'alterato rapporto tra i pazienti con DBP e i loro interlocutori si è tentato un approfondimento sullo sviluppo di enactment, controtransfert, anche per quanto riguarda il versante somatico.

Parole chiave: INTERSOGGETTIVITÀ, NEUROBIOLOGIA INTERPERSONALE, ENACTMENT, CONTROTRANSFERT

Premessa

Il seguente lavoro prende origine dal materiale accumulato in circa 5 anni di lavoro, fino al 2024, in riunioni di supervisione e confronto di un gruppo di 11 psicoterapeuti¹ che, in tempi diversi, hanno curato i pazienti con Disturbo Borderline di Personalità afferenti presso l'Unità di Prevenzione e Terapia dei Disturbi di Personalità della ASL TO3 utilizzando la SB-APP. Il materiale è stato riordinato schematicamente per ottenere qualche indicazione su aspetti emergenti di complessità, difficoltà e fatica, intercalando anche alcune nozioni che giungono dalla letteratura.

Successivamente, utilizzando nozioni provenienti dalle ricerche sulla relazione madre bambino, sulla neurobiologia interpersonale, e sulle evidenze dell'alterato rapporto tra i pazienti con DBP e i loro interlocutori si è tentato un approfondimento sullo sviluppo di enactment, controtransfert, anche per quanto riguarda il versante somatico.

La terapia del disagio e della malattia psichica propone un contesto non sempre di semplice gestione. Il terapeuta della mente, al contrario di altri professionisti della cura a cui è consentito un atteggiamento di distacco rispetto alla condizione del paziente, sperimenta ed utilizza nella relazione terapeutica una quota molto maggiore di coinvolgimento.

È immerso in una relazione che prevede una comunicazione non solo verbale, contemporaneamente interpersonale ed intrapsichica; empatizza con il paziente; è impegnato dai propri e altrui stati della mente; esercita autoconsapevolezza e riflessività; dà senso al comportamento, tenta di prevedere e modulare le reazioni emotive; tollera l'incertezza mentre promuove una relazione incoraggiante; etc. Si cimenta in un'attività complessa, intensa e faticosa.

I. Fatiche quotidiane: considerazioni generali e circostanze difficili

A. 1 Considerazioni generali

La psicoterapia non può essere avulsa da un *'progetto terapeutico'* preliminare alla realizzazione di *'percorsi terapeutici'* strutturati, prodotti su misura per ogni singolo paziente, che si dipanano tra accoglienza, diagnosi, prognosi e terapia, originati dalla logica clinica affinata dalla rivalutazione critica di esperienze, proposte teoriche, linee guida e da ogni altro contributo utile acquisibile (filosofico, psicologico, sociologico, neuroscientifico, etc.).

¹ Si ringrazia per il fondamentale contributo e per l'amicizia i terapeuti dell'UPT-DP: Michela Barbantini, Giulia Camino, Michela Di Franco, Sara Marchini, Francesca Marconetto, Francesca Monoli, Alessandra Munno, Alessandra Pallanca, Robin Passerini, Chiara Tosi, Sara Vitrotti.

Non è possibile nessun trattamento (tanto meno nessun valido intervento psicoterapeutico) senza una diagnosi clinica coerentemente rappresentativa della condizione del paziente e una teoria della clinica sottoposta alle rivalutazioni critiche e agli aggiornamenti conseguenti ad ogni tipo di sviluppo.

La conduzione di ogni terapia, ma ancor più, delle terapie per i gravi disturbi (di personalità, sviluppi traumatici, etc.) richiede uno *'sguardo responsabile'*, non solo sul sintomo e sul qui e ora, ma anche sull'organizzazione di personalità, sul *'futuro plausibile'*, di una persona e della sua vita².

L'operare specialistico, non comporta solo la raccolta dei sintomi, quelli già selezionati e previsti per essere inseriti in un albero decisionale da cui si evince quale farmaco e in quale dose utilizzarlo o l'adesione a indicazioni generalizzanti, ma *'andare incontro alla persona'*, confrontarsi con il suo stile di vita, *'empatizzare con il suo orizzonte di senso'*, attivare in un modo non casuale una relazionalità e uno scenario coerente alla circostanza, orientato dalle capacità che il paziente in quel momento dispone, in una *'interazione circolare e incoraggiante'*.

La psicoterapia è da considerare, nella sua specificità, un *'incontro'* e una *'relazione'*; coerenza, rispetto, accettazione, genuinità, empatia, mantenimento di un legame emotivo con il paziente, capacità di costruire alleanze, sono indispensabili; come lo sono le competenze del terapeuta che consentono di utilizzare gli interventi più adatti rispetto ai differenti assetti difensivi che qualificano/quantificano la disfunzionalità dell'organizzazione di personalità, di partecipare al processo di incoraggiamento per rafforzare il Sentimento Sociale, di affrontare una temporanea regressione, etc.

Il terapeuta mentre fornisce ascolto, partecipazione, riconoscimento ed entra in una comunicazione complessa con i suoi pazienti considera i sintomi e i comportamenti come il risultato di esperienze personali e soggettive, riflessi di processi inconsci. Entra in relazione con l'universo simbolico dei suoi pazienti ma riconosce anche le loro specifiche modalità di *'mettersi in relazione con gli altri'* espresse automaticamente e inconsciamente come parti del carattere dell'individuo, ricordi procedurali che si ripetono di volta in volta nelle varietà delle situazioni interpersonali.

Il terapeuta considera, nel setting clinico, l'insieme dei rapporti reali e dei fenomeni transferali. È coinvolto nell'attività inconscia del paziente che rimette in atto relazioni significative del passato o che reagisce alle caratteristiche reali del terapeuta o che desidera da lui un'esperienza risanante e correttiva che è mancata nella sua infanzia [64].

² Max Weber (1919): (...) agire secondo l'etica della responsabilità, secondo la quale bisogna rispondere delle conseguenze (prevedibili) delle proprie azioni [68].

Realizza il suo controtransfert come una reazione creata congiuntamente da contributi del suo passato e da sentimenti indotti dal comportamento del paziente [25]. Influenzato in qualche misura da ciò che il paziente proietta, rispondendo alla pressione interpersonale esercitata, può ‘processare’ il materiale inviato modificando il modello di relazionalità interpersonale in una proposta esperienziale alternativa.

In questo contesto in cui due persone si incontrano in un rapporto che si fa via via più intimo la percezione che il terapeuta ha dei pazienti risente inevitabilmente della sua soggettività; due persone si influenzano costantemente a vicenda ed il processo di rimodellamento interpersonale si arricchisce della negoziazione che si sviluppa nel processo interattivo in cui si sono messe in gioco. Una palestra in cui collaudare nuove esperienze e dove, utilizzando il concetto di *‘Alleanza Negoziata’* “...i due partecipanti allo scambio clinico sono implicati in una trattativa continua, oggetto di fenomeni di rottura e riparazione dell’alleanza...” [57].

Il terapeuta *‘conosce e pratica l’incertezza’*, intesa come stato di conoscenza limitata, come habitat naturale della vita umana, come motore del divenire, non come pericolosa ed angosciante debacle esistenziale. Configura nel suo procedere passo – passo l’ipotesi di *‘un’esistenza possibile’*, che può proiettarsi *“in nuovi cieli e in nuove terre”*, dove *“far diventare reale il possibile che alberga nel profondo dell’uomo”* [36]. Proponendo questo suo assunto, incoraggia uno stile relazionale, *‘un modo di essere con’* alternativo allo stile di vita originato da deformanti esperienze precoci e *“... poi continuamente rafforzato dall’esperienza sino a diventare una legge del movimento nella vita dell’individuo”* [57].

Un atteggiamento che ipotizza un *‘saper fare’* che presuppone un *‘saper-essere’* e un *‘lasciar-essere’* rispettoso dell’alterità e della sua possibilità, anche di apprendere per insight [55]. Citando Ferrero: *“Nessuno possiede una verità assoluta e (...). l’analisi comporta la ricerca di un senso alternativo delle esperienze che permetta una rinnovata progettualità. Quello che conta sono le modalità degli atteggiamenti soggettivi, ovvero l’attenzione analitica è primariamente rivolta alle finzioni inconscie del paziente e anche dell’analista”* [17].

La relazione terapeutica richiede un attento *‘monitoraggio’*; non solo per quanto appartiene alla lingua, alla cultura e ai simboli condivisibili, ma in modo ancora più impegnativo nel *‘non detto’*³, per l’impalpabile modulazione di assenso o dissenso, accoglienza o respingimento, praticabilità o impraticabilità, sospensione o focalizzazione dei vissuti, dei frammenti biografici e del contesto emozionale.

³ Il termine non detto si riferisce a ciò che, in una comunicazione, non è statuito in modo espresso, che viene taciuto o tenuto nascosto nel discorso di un individuo o di un gruppo di persone, oppure, viene espresso in modo implicito o sottinteso (Wikipedia).

Monitoraggio duplice, orientato su quanto si sviluppa nella relazione interpersonale ed in quella intrapsichica, distinguibili ma intrecciate, di quanto sta succedendo *'con il paziente'* (tra noi) e in noi. Possibilità anche di esprimere un atteggiamento autoriflessivo, una sospensione, una pausa che rinvia alla possibilità di accogliere e gestire i diversi stati della mente all'interno di un'esperienza unitaria di *'essere me'*.

A. 2 Circostanze difficili

Il terapeuta è sempre molto sollecitato nell'incontro e nella cura dei gravi disturbi di personalità. Quando incontra il paziente si immerge in complesse dinamiche: *'sente'* il disagio, promuove l'accoglienza, inizia l'assessment, riflette sugli eventi scatenanti, è attento a meccanismi e processi psichici sottesi al sintomo, al comportamento, alla personalità.

Esprimendo autentico desiderio di comprensione, disponibilità empatica, avvia una relazione orientata dalla diagnosi e dalla clinica, non rifiutante, rimanendo attento alla modulazione del controatteggiamento.

Il paziente con DBP spesso cerca assistenza, si sente sopraffatto, indegno, arrabbiato, solo, incompreso, abbandonato, tradito, fuori controllo, prossimo a farsi del male o ad uccidersi, malvagio [32]; contrariamente ad ingenue aspettative, appare diffidente e aggressivo a chi lo accoglie; frequentemente, per tempi molto lunghi il terapeuta deve confrontarsi con comunicazioni rudimentali, grezze, intrise di emozioni gravi, con proiezioni di vissuti caotici e instabili, considerare la *'super sensibilità ai microsegnali di disconferma'* del paziente (anche piccoli segni di disattenzione) e la sua *'scarsa capacità di comprendere le intenzioni degli altri'* [32].

Il terapeuta riassume un disagio sottile, *'sente'* la possibilità di rapidi rivolgimenti, di espressioni emozionali estreme, intuisce la possibilità di esplosive escalation del paziente, fino all'odio e a espressività paranoidee, teme di sconvolgere un equilibrio già precario, teme il drop out, l'acting out, incrementa in sé il dubbio, racconta la fatica di - *camminare sulle uova* -...

Un atteggiamento troppo distaccato del terapeuta può essere interpretato come l'espressione di una sua aggressività espulsiva, orientata all'allontanamento.

La sua capacità di funzionare come un contenitore che accetta le proiezioni e che cerca di comprenderle e di contenerle al posto del paziente fino a che quest'ultimo non sia di nuovo in grado di riappropriarsene può essere messa a dura prova; può sentirsi sopraffatto, sentirsi falsamente accusato, proprio nel momento in cui cerca con tanta fatica di aiutare.

Il terapeuta, deve tollerare; se si abbandona a sua spontanea reazione, rischia di perdere la sua capacità di riflettere, di diventare una versione dell'oggetto proiettato dal

paziente, di rimanere intrappolato nell'identificazione proiettiva e sotto pressione, perdere le sue capacità mentalizzanti [24]⁴.

Il terapeuta sa che non deve accettare e partecipare alla distruttiva e caotica comunicazione che il paziente sembra voler inconsapevolmente imporre⁵ e che deve continuare a pensare in modo lucido e creativo, dal suo punto di vista. Solo in questo modo mentre si concentra sugli stati affettivi, sui desideri, le frustrazioni, le convinzioni e i sentimenti e le relazioni interpersonali attuali del paziente, può modulare il suo controatteggiamento, avviare un approccio supportivo, senza orientarsi immediatamente contro le difese scissionali o dissociative, utilizzando tecniche di conferma, di validazione. Cerca di fornire al paziente l'esperienza di avere *'qualcuno che si prende cura di lui'* per sviluppare, nei tempi necessari, una nuova esperienza di intimità. Spesso però in queste circostanze il terapeuta - *si sente come un funambolo* -.

In qualsiasi psicoterapia il paziente ed il terapeuta condividono una circostanza nuova, in cui sono messe in gioco le loro capacità di rimanere in contatto costruttivamente. Nella psicoterapia dei disturbi gravi della personalità o degli esiti traumatici è poco probabile che si possa raggiungere un obiettivo senza disporre degli strumenti adatti, che devono essere costruiti nelle *'esperienze reali'* che si concretizzano nel setting. Il paziente e il terapeuta - *sono soli* -; in un rapporto vis a vis attingono alle risorse di cui dispongono in quel momento e vivono circostanze che possono essere di difficile comprensione ad evoluzione rapidissima⁶.

Con il paziente con DBP un'alleanza relazionale implica mostrare interesse, trasmettere speranze attuabili, essere dotati di resilienza a fronte di un contrasto, dispiegare empatia e conferme. I pazienti con DBP sono persone che hanno sperimentato il disinteresse per i loro sentimenti che sono stati ignorati, mal etichettati, rifiutati.

La relazione terapeutica poggia su un coinvolgimento empatico, in uno spazio condiviso, modulato dalle capacità che il paziente può esprimere, rispettoso delle sue

⁴ Levine, P. A. avverte: *"Quando i terapeuti percepiscono che devono proteggere sé stessi dalle sensazioni e dalle emozioni dei pazienti, inconsciamente impediscono ai clienti di fare esperienze di esse all'interno della terapia. Con il distanziarsi dalla loro angoscia, ci distanziamo da loro e dalle paure con cui stanno lottando. Assumere una posizione di autoprotezione significa abbandonare i nostri clienti all'improvviso. Allo stesso tempo aumentiamo notevolmente la probabilità della loro esposizione a traumi e burnout secondari e indiretti"* [39].

⁵ La richiesta implicita del paziente può essere molto coinvolgente. Anche terapeuti allenati, nonostante sappiano cogliere un loro più o meno vago senso di coazione a comportarsi in un modo particolare, possono adattarsi in una collusione o reagire anche in modo non verbale con paura, irritazione, esprimere quanto repulsivo, odioso, detestabile o insignificante è il paziente (ri-) attivando una circolarità empatica scissa, proiettiva, iatrogena.

⁶ Rovera, G. G.: *"Un coinvolgimento interindividuale partecipativo permette al Paziente di recepire che qualcuno lo riconosce e risponde alle Sue richieste, consentendogli di sperimentare in Sé la risposta indirizzata verso l'Altro (...). Riconoscere ed essere riconosciuti è un aspetto essenziale sia per il Paziente che per lo Stile del Terapeuta per comprendere l'Altro da sé. L'assenza di un coinvolgimento partecipativo ed empatico porterebbe a una spiegazione basata su regole, mentre nella comprensione il Paziente sente che può far riferimento ad una differente modalità fenomenologica esistenziale radicata in una Persona Reale (...). La partecipazione assume significato poiché il paziente fa esperienza del proprio Sé"* [57].

difese, in cui incontrare l'interesse del terapeuta e l'opportunità di collaudarsi in altre, inattese, esperienze in un'ambiente contenitivo, propenso all'incoraggiamento, confortevole, in cui elaborare obiettivi comuni, affidabilità e speranza in un futuro migliore⁷.

In queste circostanze il terapeuta si propone in modo attivo e flessibile ed è molto coinvolto. Nelle prime fasi utilizza un approccio supportivo; quando interviene con commenti su quanto intuisce e recepisce empaticamente, ricavandolo da verbalizzazioni, espressioni facciali, tono della voce, etc., assume un atteggiamento interlocutorio, di conferma, riconoscimento e validazione: secondo la descrizione di Gunderson: "... *Mi sembra in difficoltà ..., preoccupato ..., triste quando si parla di ...*", etc. [32; 24]. Utilizza 'l'identificazione di sentimenti manifestati' dal paziente ma non espressi verbalmente; 'rappresentandoli senza un'azione'; con grande attenzione per vergogna, paura o rabbia, che possono talora essere ritenute non accettabili, anche per ragioni culturali, segno di debolezza o di estrema cattiveria.

Così facendo focalizza su come i sentimenti si riconnettano ai comportamenti o alle parole del terapeuta [32], aiuta, allena a riconoscere correttamente le emozioni e le loro radici, per metabolizzarle, cioè stabilire una relazione tra sentimenti, parole, azioni e loro conseguenze, avvicinandosi durante ogni intervento a quanto di implicito e magmatico ribolle sotto la superficie, per riprocessarlo e trasporlo, per quanto possibile, in un'esperienza duale verbalizzata.

Il paziente è molto sensibile alle piccole variazioni delle espressioni facciali e mimico gestuali, capace di identificare precocemente gli stati emotivi inconsci del terapeuta (noia, irritazione); un approccio autentico e non di negazione può essere efficace. Il terapeuta può discutere della sua irritazione ma senza usarla come un commento sull'indegnità o sull'incapacità dell'interlocutore: "...*mi sembra che lei stia cercando di farmi arrabbiare, invece di permettermi di aiutarla. Vediamo se riusciamo a capire cosa sta succedendo...*" [32; 24].

Nello stesso modo può esprimere una sollecitudine reale, intervenendo in modo preciso su comportamenti pericolosi, richiedendo la partecipazione a gruppi di auto aiuto per chi fa uso di sostanze, la corretta frequentazione dallo psichiatra per le terapie farmacologiche, l'adesione alle procedure di sostegno o ricovero in caso di rischio di suicidio, alle regole del contratto terapeutico.

⁷ Greenberg, L.: "La presenza terapeutica implica che i terapeuti siano presenti nel momento a una moltitudine di livelli, fisicamente, emotivamente, cognitivamente, spiritualmente e relazionalmente. L'esperienza della presenza terapeutica implica. A) essere in contatto con il proprio sé integrato e sano; B) essere aperti e ricettivi a ciò che è significativo in quel momento ed essere immersi in esso; c) essere con un maggiore senso di ampiezza ed espansione della consapevolezza e della percezione. Questa consapevolezza radicata, immersa ed espansa si esprime con l'intenzione di essere con e per il cliente, al servizio del suo processo di guarigione" [30].

I pazienti in questa circostanza sperimentano un tipo di presenza e partecipazione che non conoscono. Lo scopo in questa fase del trattamento è aiutarli a sviluppare le loro capacità di pensare, controllare l'intensità delle emozioni e del dolore, trasformare impressioni sensoriali connesse ad esperienze emotive in *'pensieri pensabili'*, per esplorare stati d'animo e motivazioni. Il terapeuta fornisce l'esperienza della sua presenza, *'rimanendo in relazione ma non in linea'* con le aspettative inconscie del paziente, disponibile all'incontro⁸.

La difficoltà, ma anche un motivo di gratificazione per il terapeuta, è riuscire – *a rimanere lì con il paziente* –, modulando la relazione con lui, ovvero monitorando le proprie non irrilevanti tensioni controtransferali, tra irritazione, paura, noia, stanchezza, preoccupazione e un generico, sotteso, senso di inquietudine, costruendo un'alleanza che non vuol dire essere d'accordo con il paziente ma assumere un impegno continuo a collaborare con lui.

B. Contesto sociale. Neurobiologia interpersonale

B. 1 Contesto sociale

Gli esseri umani si esprimono come una specie altamente sociale.

Citando Rovera: *"... nell'individuo c'è una necessità strutturale di avvicinarsi all'Altro, di stabilire una relazione per una comunicazione efficace in forma di oggettività-intersoggettiva, per riequilibrare le tensioni del sentimento di inferiorità (...). "Lo Stile di Vita nasce nell'ambiente che lo circonda (Umwelt) con un particolare mondo percettivo, legato ai processi di apprendimento ed agli Stili di Attaccamento. A mano a mano che il bambino cresce, lo stile iniziale viene continuamente rafforzato dall'esperienza sino a diventare una legge del movimento nella vita dell'individuo" [57].*

Siamo dipendenti dal contesto. Alfred Adler ne aveva piena comprensione: *«Non esiste un intelletto privato. Un intelletto dell'individuo. L'intelletto ha un valore generale. Esso si è sviluppato comprendendo gli altri, avvicinandosi ai propri simili, identificandosi con loro, vedendo con i loro occhi, udendo con i loro orecchi, sentendo con i loro cuori [2].*

⁸ Ackerman, S. J., Hinlennrhot, M. J., Knowles, E. S.: *"L'uso da parte del terapeuta di attività psicodinamiche-interpersonali all'inizio del trattamento (per esempio incoraggiando l'esplorazione di sentimenti spiacevoli, permettendo al paziente di iniziare la discussione su temi salienti, e concentrandosi su aspetti relazionali durante la seduta tra terapeuta e paziente) può informare il paziente che il terapeuta è disposto (e capace) ad aiutarlo ad affrontare questioni che sono state precedentemente evitate. La volontà del paziente di sperimentare ed esplorare gli affetti, così come di iniziare la discussione, può ampliare la percezione che il terapeuta ha del paziente come ancora più attivamente impegnato e in tal modo dare slancio all'alleanza terapeutica che si sta sviluppando" [1].*

Utilizzando la definizione di Adolf Portnamm il neonato umano è un *“parto prematuro”* che necessita di *“un anno embrionale extrauterino”* in cui la sua maturazione, appena fuori dal ventre materno, avviene sotto l'influsso dell'ambiente, influenzata dallo stile dei suoi caregiver [54].

Nel primo anno di vita l'evento fondamentale è la creazione di un attaccamento sicuro [6]. A due mesi incomincia la maturazione della corteccia occipitale che permette una rapida espansione delle competenze sociali ed emotive. Il volto altamente espressivo della madre rappresenta lo stimolo visivo più potente nell'ambiente del bambino mentre lo sguardo del bambino richiama in maniera costante quello della madre, agendo come un potente canale interpersonale per la trasmissione delle *“mutue influenze reciproche”* [67]. *“Brevi eventi carichi d'affettività, estremamente attivanti, (...) espongono i bambini a elevati livelli di informazione sociale e cognitiva”* [15].

La *“madre intuitiva”* [53] per mantenere lo stato affettivo positivo del bambino modula l'intensità delle stimolazioni in un processo di sincronia affettiva in cui l'alternanza delle fasi di sintonizzazione e desintonizzazione, la modalità, la quantità, la variabilità della sollecitazione comportano che ciascuno dei due partner assimili la struttura ritmica dell'altro e modifichi la regolazione dei sistemi biologici e comportamentali. Fin dalla nascita disponiamo della capacità di partecipare all'esperienza dell'altro, esprimendo un'intersoggettività nucleare indispensabile per il nostro sviluppo.

II. Neurobiologia interpersonale

Allan Schore è, probabilmente, l'autore che negli ultimi anni ha maggiormente sintetizzato competenze psicodinamiche, teoria dell'attaccamento, Infant research e risultati della ricerca neuroscientifica; ha proposto un modello di comunicazione implicita degli stati affettivi tra gli emisferi destri dei membri della diade terapeuta-paziente e nella diade madre-bambino formulando la nozione di *‘neurobiologia interpersonale’*. Mucci C. e Greco A. sintetizzano del lavoro di Schore:

“L'attaccamento (...) è il primo meccanismo relazionale mente-corpo-emisfero destro che di fatto promuove la regolazione o la disregolazione di tutti i sistemi neurobiologici del nuovo organismo. Come conseguenza di un attaccamento insicuro e disorganizzato, la disregolazione degli affetti, con l'interruzione di tutti i modelli di regolazione psicobiologica, crea le basi per una vulnerabilità che se non riparata, conduce alla psicopatologia. A causa dello sviluppo più precoce (...) le prime traumatizzazioni vengono codificate soprattutto nell'emisfero destro (la base del futuro sé implicito/non cosciente). Pertanto è attraverso le comunicazioni relazionali, inconse e non verbali, di questo meccanismo interpersonale duale basato su due emisferi destri in contatto tra di loro che il dialogo psicoterapeutico può lavorare proficuamente per ripristinare una miglior regolazione, con integrazione delle parti scisse disconnesse o disregolate della personalità e contribuire a ripristinare la regolazione degli stati mentali e affettivi e il benessere complessivo tra corpo e mente” (62, p. XVI).

Il gioco vis a vis nell'attaccamento sicuro è un feedback implicito in cui la risonanza emotiva della gioia consente l'aumento dell'arousal dello stato emotivo del bambino che può così aumentare la sua finestra di tolleranza. Più la madre è sintonizzata e adattiva al livello di attività del bambino, rispettosa anche delle sue necessità di desintonizzarsi, distogliendo lo sguardo, più si alterneranno in modo sincronizzato periodi di coinvolgimento e di disimpegno. In questo modo i suoi sentimenti e la realtà emotiva del bambino, sono validati, per convergenza degli stati soggettivi interni di entrambi, tenuti al sicuro dall'abilità della madre.

La madre *'sufficientemente buona'* in caso di disincronie cambierà velocemente il suo assetto emotivo per aiutare il figlio a reregolarsi, ad uscire dallo stress. La relazione madre bambino non serve solo a fornire un senso di sicurezza dopo stati negativi stressanti ma è il motore del gioco, della gioia, della sicurezza, della curiosità e dello sviluppo neurobiologico⁹.

Nell'interazione tra bambino e caregiver quest'ultimo fornisce esperienze che attraverso processi neuroendocrini modulano il potenziale genetico del bambino influenzando la trascrizione genica e lo sviluppo dei circuiti cerebrali. Schore afferma: *"Sono lo sviluppo sano della corteccia orbito-frontale destra e i suoi collegamenti con l'amigdala che ci permettono di avere un'ampia finestra di tolleranza per le emozioni intense e di rispondere implicitamente in modo flessibile e adattivo al nostro mondo interpersonale"* (62, p. 219). Soggetti con storie di attaccamenti carenti hanno una corteccia orbito frontale immatura, poco efficiente nella regolazione delle emozioni e nel conseguire un cambiamento adattivo di stati emozionali a seconda del contesto intersoggettivo⁹.

Schore conferma e produce alcune rilevanti osservazioni: fin dalla nascita si esprime una potenzialità innata a interagire; le interazioni regolate da una figura di attaccamento che crea l'opportunità per il bambino di provare gioia ed eccitazione non solo producono senso di sicurezza, ma anche l'amplificazione interattiva degli affetti che attiva e consolida specifici circuiti neuronali, rendendoli disponibili e facilmente attivabili, circuiti che funzioneranno come guida neurobiologica. Gli emisferi cerebrali si struttureranno nella relazione con un altro Sé. Ogni area si svilupperà dalle esperienze emotive¹⁰.

⁹ Schore afferma: *"L'attaccamento non consiste solo nel ricreare un senso di sicurezza dopo avere sperimentato stati negativi stressanti, rappresenta l'amplificazione interattiva degli affetti positivi quale avviene nei momenti di gioco. Le interazioni regolate da una figura di attaccamento, prevedibile nei suoi comportamenti, creano non solo un senso di sicurezza, ma favoriscono anche una curiosità imbevuta di affettività positiva che alimenta l'esplorazione che il Sé conduce di nuovi ambienti"* (63, p. 77) [1].

¹⁰ Schore scrive: *"Un caregiver sintonizzato minimizzerà il disagio, la paura e il dolore del suo bambino e (...) creerà opportunità per il bambino di provare gioia ed eccitazione. Il caregiver medierà anche le transizioni tra questi stati emotivi"* (...). *"L'esperienza attiva circuiti neuronali specifici, e più frequentemente si attiva un circuito più diventa consolidato, dopodiché sarà più facile attivarlo in futuro"*. (...) *"gli emisferi si sviluppano come sistemi che si autoorganizzano, ma la loro autoorganizzazione non avviene in isolamento, bensì nel contesto di un altro sé, di un altro cervello"* (62, p. 220) *"(...) il volto di una madre sintonizzata verrà scritto nella corteccia orbito frontale destra del suo bambino. Questo poi funzionerà come un sistema guida neurobiologico (modello operativo Interno) di conforto e contenimento emotivo quando lei non sarà fisicamente presente"* (62, p. 223).

Se una madre si sintonizza, rispecchia, entra in risonanza, con il bambino e attiva un arousal positivo implementa la struttura neurobiologica che consente l'esperienza di eccitazione e gioia, realizza un *'ambiente emotivo sufficientemente buono'*.

Differentemente si verificheranno danni che riguarderanno anche l'architettura anatomico funzionale dell'encefalo; la ripetizione di esperienze sfavorevoli rafforzerà i circuiti neuronali corrispondenti che saranno più facilmente innescabili da fattori di stress quotidiani o da memorie traumatiche implicite.

Nella teorizzazione di Schore: *"Durante le transazioni duali sincronizzate di attaccamento reciproco il caregiver primario sensibile, a livelli al disotto della consapevolezza, percepisce (riconosce), valuta e regola le espressioni non verbali degli stati di eccitazione affettiva positiva e negativa del bambino, sempre più intensi. (...)*

In questo continuo dialogo co-creato, la madre "sufficientemente buona" e il suo bambino co-costruiscono cicli multipli sia di "sincronia dell'affetto", che regola l'affetto positivo (per esempio gioia-euforia, eccitazione-interesse) sia stati di "rottura e riparazione" che regolano l'affetto negativo (per esempio paura-terrore, tristezza-depressione, vergogna, disgusto). Questi cicli di sintonizzazione/rottura di sintonizzazione/risintonizzazione intersoggettiva ed intrasoggettiva rappresentano una matrice relazionale psicobiologica preverbale che forma il nucleo del Sé corporeo implicito emergente del bambino" (62, p. 22-23).

Il cervello destro è la sede dell'empatia emotiva, della capacità di sentire quello che sente un'altra persona in modo incarnato. È quello che elabora le emozioni negative e positive, sa leggere gli stati soggettivi degli altri, valutando le sottili espressioni facciali e le altre forme di comunicazione non verbale; sa leggerle così rapidamente che il nostro corpo e la nostra mente vengono modificati / alterati prima che siamo consapevoli di quanto stiamo provando; controlla il sistema autonomo, che lavora ampiamente sotto il livello di coscienza, controlla le funzioni viscerali; media l'equilibrio tra simpatico e parasimpatico (il simpatico media arousal e eccitazione, il parasimpatico media il ritiro, il riposo, il rilassamento, la riparazione) modifica la risposta ormonale, interviene sugli aspetti somatici dell'emozione, così come su quelli soggettivi.

La comunicazione implicita degli stati affettivi tra l'emisfero destro dei membri della diade terapeuta-paziente (come nella diade madre-bambino) è descritta come intersoggettività; il clinico è un -osservatore partecipante- [66] non solo del comportamento esterno del paziente ma anche dei suoi stati soggettivi interni. I dialoghi clinici impliciti trasmettono informazioni globali, le interazioni dell'emisfero destro, *'al di sotto delle parole'* comunicano informazioni affettive essenziali, non coscienti, basate sul corpo, relative al mondo interno del paziente e del terapeuta. Entrambi i partner allineano i profili dinamici dei diversi *'stati emotivo-motivazionali'* del sé e tentano di allinearsi, di sincronizzarsi, regolandosi in risposta ai segnali del partner [62].

Schore ha inoltre elaborato la teoria della 'regressione adattiva reciproca':

"(...) uno spostamento regressivo da una cognizione razionale dell'emisfero sinistro a una cognizione intuitiva dell'emisfero destro permette al clinico di ricevere percettivamente quello che si trova al di fuori della consapevolezza cosciente, 'al di sotto delle parole'. In questo stato della mente, il terapeuta ascolta con la rêverie dell'emisfero destro e l'intuizione direttamente l'emisfero destro del paziente" (...) (62, p. 52).

"La regressione emotiva e l'evocazione del trauma precoce e infantile (...) avviene non all'interno di una comunicazione oggettiva ed espressa a parole fra il paziente ed il terapeuta, ma all'interno di una comunicazione basata sul corpo, non verbale e intersoggettiva di un intenso affetto carico (...) negativamente e un'improvvisa rottura dell'alleanza terapeutica. In altre parole una regressione emotiva avviene all'interno di un rivivere disregolante e di un enactment del trauma dell'attaccamento relazionale precoce" (62, p. 48).

"L'intersoggettività è più di una comunicazione o di una corrispondenza di cognizioni verbali esplicite. Gli affetti regolati e disregolati a base corporea sono comunicati all'interno del campo intersoggettivo co-costruito da due individui, un campo di trasmissione di energia che include 'non solo due menti ma anche due corpi'" (62, p. 34).

Il lavoro psicoterapeutico classico su funzioni simboliche e metaforiche di relazioni oggettuali completamente sviluppate e sull'inconscio rimosso, è arricchito da una forma di ascolto e di interazione con le espressioni fisiologiche preverbal dei primi livelli inconsci della personalità. È un ascolto profondo del precoce inconscio corporeo, richiede una regressione dall'emisfero sinistro del terapeuta all'emisfero destro [62; 63; 70].

Schore esprime l'opinione che per guarire il trauma relazionale, intrinseco nell'attaccamento disorganizzato, occorre una psicoterapia scrupolosa, relazionale, basata sul corpo e a lungo termine; una terapia che lavori sull'emisfero destro del paziente, che può cambiare con l'esperienza emozionale correttiva. Essendo l'esperienza della prima infanzia inadeguata è la relazione tra il terapeuta e il paziente a facilitare la ripresa dei processi evolutivi bloccati.

Il 'terapeuta benevolo' consente all'emisfero destro del paziente di essere visto. Mentre il terapeuta con il suo emisfero sinistro ascolta le parole create dall'emisfero sinistro del paziente deve essere capace di utilizzare l'intuizione e la comprensione implicita basata sull'emisfero destro, per consentire all'emisfero destro del paziente di rileggerla e per essere regolato, aiutandolo a tollerare ciò che un tempo era stato intollerabile.

Quando una variazione del tono di voce, un'espressione mimico gestuale, una parola attiva il Modello Operativo Implicito del sé-disregolato-con-un altro- disregolato il paziente rischia di essere catapultato in uno stato disregolato di iper arousal o di implodere in uno stato disregolato di dissociazione ipoeccitata.

Per Schore si tratta di un '*transfert negativo*' quando il paziente è in iperarousal e sperimenta soggettivamente il terapeuta attraverso la lente dei vecchi modelli operativi interni disregolati e di '*identificazione proiettiva*' quando le emozioni e i ricordi dell'attaccamento traumatico infantile sono insopportabili e il paziente si dissocia in modo da non viverle più soggettivamente e non esprimerle più apertamente. In quel momento solo il terapeuta sta vivendo l'emozione. L'iperarousal del paziente si sta esprimendo ma è nascosto alla consapevolezza conscia.

Il transfert negativo segnala la prossimità della rottura dell'alleanza terapeutica; se il terapeuta mantiene la sua connessione intuitiva il suo emisfero destro registrerà, secondo la sua opportunità non verbale ma corporea le vecchie paure, il dolore la disregolazione.

Se il terapeuta espone il correlato corporeo, mimico gestuale, prosodico della sua ricezione (il suo controatteggiamento non modulato sul suo controtransfert) avvierà un feedback amplificante; se al contrario la sua voce diventerà più calma, la sua mimica meno tesa consentirà all'emisfero destro del paziente di collaudare un'esperienza di modulazione affettiva; rileverà che le emozioni negative disregolanti possono essere tollerate, metabolizzate ed integrate.

In questo caso il Modello Operativo Esterno del terapeuta può essere riprodotto nell'emisfero destro del paziente che realizzerà un nuovo Modello Operativo Implicito. In sequenze di "rotture e riparazioni" i circuiti impliciti psico neurologici saranno rinforzati con l'uso. Il segnale del buon andamento di questa complessa vicenda sarà l'acquisizione dall'esperienza vissuta, che non c'è nulla di difettoso, scadente, repulsivo in lui e nel sentirsi come si sente e che è davvero degno di aiuto [62].

Il nucleo fondamentale della terapia analitica, ovvero il meccanismo di transfert e controtransfert, viene descritto e compreso in termini di comunicazioni inconscie di due sistemi connessi dell'emisfero destro, che si realizzano come enactment reciproci e interattivi. Per co-creare questo sistema di intersoggettività con il paziente il terapeuta deve implicitamente sincronizzare i loro emisferi destri.

La creatività del terapeuta si esprime nella produzione di un'atmosfera di sicurezza.

Sono molti gli autori che hanno sottolineato i diretti parallelismi tra le caratteristiche cliniche di un bravo terapeuta e le caratteristiche di un genitore intuitivamente sintonizzato a livello psicobiologico con il figlio [3; 12; 35; 60; 59; 56].

Potenzialmente un adulto dovrebbe disporre degli strumenti per addentrarsi nell'esperienza soggettiva dell'altro, utilizzando i contenuti verbali e l'interpretazione di espressioni manifeste come postura, tono della voce, ritmo del discorso, espressione mimico gestuale. Nella sua naturale interrelazione sociale dovrebbe utilizzare competenze linguistiche per trasmettere informazioni in modo esplicito, disporre di empatia per condividere i sentimenti degli altri, di una teoria della mente per cui inferire sulle convinzioni, le intenzioni e i pensieri di altre persone.

Certamente non è il caso di molti pazienti con esperienze di cure parentali precoci inadeguate¹¹ e che plausibilmente hanno avuto un impatto negativo sullo sviluppo dei sistemi prefrontali di autoregolazione dell'emisfero destro [37; 26; 49].

C. Controtransfert problematici

L'eccessiva sensibilità al contesto del paziente con DBP¹² [51] è al centro dell'attenzione e degli interventi intuitivi del terapeuta. Si sviluppa una relazionalità in cui, plausibilmente molti messaggi sono addirittura subliminali¹³.

Il rischio è la formalizzazione istantanea di un controatteggiamento non coerente con la produzione di un'atmosfera di sicurezza¹⁴. Il gioco della comunicazione implicita può comportare dei margini di errore.

¹¹ Schore, 1997: "Se... un neonato, in particolare uno nato con una reattività neurofisiologica alterata codificata geneticamente, non ha esperienze adeguate di essere parte di un sistema dinamico aperto con un adulto umano emotivamente reattivo, la sua organizzazione corticolimbica sarà scarsamente in grado di far fronte alle dinamiche caotiche stressanti che sono insite in tutte le relazioni umane. Un tale sistema tende a diventare statico e chiuso, e investito in strutture difensive per proteggersi da aggressioni interattive anticipate che potenzialmente innescano stati psicobiologici disorganizzanti ed emotivamente dolorosi. A causa del suo evitamento di situazioni nuove e della sua ridotta capacità di far fronte a situazioni difficili, non si espone a nuove esperienze di apprendimento socioemotivo che sono necessarie per la continua crescita dipendente dall'esperienza dell'emisfero destro del cervello. Questa limitazione strutturale, a sua volta, ha un impatto negativo sulla futura traiettoria dell'auto-organizzazione" [61].

¹² Secondo alcuni autori il paziente con DBP ha un'alterazione nella comprensione delle espressioni facciali: un lieve deficit nel riconoscimento delle emozioni di base, un errore sistematico verso la negatività o la rabbia, ma non alla paura, un'elevata sensibilità nella rilevazione di emozioni negative, con una tendenza a interpretare le espressioni del volto ambigue in modo negativo [11]. Altri autori dicono dell'ipersensibilità a tutte le espressioni del volto, non soltanto agli aspetti negativi; un'ipersensibilità innescata dal bisogno di mantenere il legame con l'altro, fino a contraffare il comportamento, basandosi su ciò che riescono a cogliere nella vita emotiva dell'altro piuttosto che nella propria [7]. Altri ancora sostengono che i DBP siano in grado di un'elevata discriminazione di tutte le emozioni quando si concentrano solo sullo sguardo [19] che hanno una normale capacità di riconoscere emozioni facciali o prosodiche isolate, ma un riconoscimento alterato delle emozioni definite da stimoli facciali/prosodici integrati che richiedono un'attività di integrazione preliminare all'interpretazione [50]. Inoltre i pazienti con DBP, esprimono anche una ridotta risposta mimico facciale ai segnali sociali positivi e una eccessiva risposta facciale ai segnali sociali negativi [45].

¹³ Il terapeuta è incline a registrare segnali nella voce, nell'espressione del viso e nella postura del paziente. Un breve stimolo di pochi millisecondi (16,7ms), di un volto impaurito, anche se non provoca consapevolezza visiva, determina l'attivazione dell'amigdala, uno stato di arousal misurabile. Una percezione di più lunga durata (500ms) consente un percorso neurale che includendo la corteccia prefrontale mediana modifica l'eccitazione innescata dall'amigdala [69]. Questa circostanza pare aggravata dalla particolare sensibilità dell'amigdala di persone traumatizzate rispetto a quelle di persone non traumatizzate [16].

¹⁴ Molti studi hanno confermato livelli elevati di rabbia, ostilità e irritabilità tra gli individui con BPD. Le loro reazioni sono spesso attivate dalle persone a loro più prossime [33; 31; 34], ma anche da piccole perturbazioni della vita quotidiana [51]. Soffrono molto quando si sentono svalutati, esclusi, umiliati, criticati [8]. Quando si vergognano, l'emozione insorge rapidissima, di livello più elevato e più persistente rispetto ai gruppi di controllo [29; 8].

Una delle maggiori difficoltà nella relazione interpersonale con il paziente con DBP è la reciproca difficoltà di comprensione. I messaggi in gioco non sono frutto solo della circostanza che si sviluppa nel presente. Il setting è il luogo dove c'è l'incontro di due differenti schemi appercettivi¹⁵.

Se una persona è stata soggetta ad un'esperienza precoce traumatica, quando riattiva la memoria implicita corrispondente ha un'aspettativa conseguente [47]; porta nel presente, nella seduta, quanto ha sperimentato nel passato e quanto prevede per il suo futuro.

Nel setting si produce un disvelamento reciproco, al di là delle parole.

Nell'enactment alcuni vissuti transferali del paziente, inconsci e non verbalizzati vanno a ripercuotersi nella sfera emotiva del terapeuta, favorendo l'emersione di contenuti emotivi altrettanto inconsci e non verbalizzati [9; 10].

In queste circostanze, con pazienti incapaci di mentalizzare può essere prematuro interpretare il significato di enactment, mentre può risultare molto più utile l'esame degli stati emozionali che li hanno scatenati [21; 22]. Molto probabilmente è il complessivo atteggiamento mimico, gestuale, prosodico, etc., che veicola un messaggio contenitivo che depotenzia feedback amplificanti.

L'esperienza dei terapeuti dell'UPT-DP sembra orientata dal loro desiderio spontaneo, autentico, lenitivo e tollerante. Il nucleo di dolorose esperienze dissociate, scisse o sottoposte a diniego non è sepolto da reciproche ondate emozionali ma empatizzato, coerentemente alle necessità terapeutiche, non verbalizzato in interventi interpretativi o confrontativi. Il terapeuta rimane con il paziente in un rapporto non solo verbalmente validante, - *rimane lì* -.

Plausibilmente, in una relazione progressivamente e reciprocamente collaudata di prossimità, in cicli di sincronizzazione, il clinico e il paziente si co-regolano, in modo asimmetrico e consequenziale alle loro differenti possibilità; avvicinano gli affetti inconsci e li portano più vicini alla consapevolezza soggettiva. La connessione può perturbarsi ma non cessa. Diventa una nuova esperienza di accudimento in una nuova relazione di attaccamento.

Fassino afferma: *“Ciò che si svela nella relazione con il terapeuta è la modalità stereotipata, automatica ed abituale delle relazioni oggettuali del paziente, plasmata dalle relazioni di attaccamento nei primi anni di vita viene affiancata da una nuova esperienza relazionale. Queste configurazioni relazionali codificate nella memoria*

¹⁵ Ferrero, A.: Ognuno dei due partner porta in sé il suo modo d'essere, il suo schema appercettivo: *l'opinione dell'individuo in parte conscia ma per la maggior parte inconscia, circa se stessi e il mondo, costituita dall'insieme delle immagini simboliche ricorrenti e degli schemi cognitivi (e emozionali) caratteristici che l'individuo utilizza nella vita e nelle relazioni interpersonali, (...) aspetti consci, significati simbolici inconsci e presimbolici* [18].

procedurale sono anche implicite perché operano al di fuori della coscienza. La psicoterapia rappresenta una nuova relazione di attaccamento che è in grado di ristrutturare la memoria procedurale implicita attaccamento-correlata” [14].

Il paziente può internalizzare (imprimere nella sua corteccia prefrontale destra) le nuove interazioni se è incoraggiato da un terapeuta emotivamente coinvolto, che può/ sa immettere nel sistema diadico la sua vivida partecipazione. In queste nuove esperienze, nel presente, si modificano favorevolmente le aspettative per il futuro. Si sviluppa un riorientamento complessivo.

Pare interessante riprendere quanto affermava secondo un'altra prospettiva Rovera (1988): *“La regressione può condurre ad un coinvolgimento dell'analista, giacché qui si tende a stabilire un rapporto oggettuale simile per struttura ad un rapporto primario. Il terapeuta non dovrebbe per altro tentare di bloccare con le interpretazioni la dipendenza regressiva e dovrebbe mantenere un atteggiamento molto flessibile, favorendo le potenzialità maturative della regressione stessa.*

(...) la regressione in psicoterapia richiede, da parte dell'analista, una capacità di contro-atteggiamento tale, da permettergli di tollerare ed accogliere i sentimenti di paura, dolore e tristezza, rimobilitati in lui dal paziente. (...).

Quando si parla qui di regressione come agente terapeutico, si deve intendere un “movimento all'indietro” sostenuto o addirittura indotto dal terapeuta: è un movimento rivolto al cambiamento del carattere ed alla revisione del Sé/stile di vita allo scopo di ripristinare, attraverso un recupero di certi significati arcaici, un equilibrio adattativo.

In questo caso, la regressione è finalizzata verso una progressione, in altre parole il paziente torna indietro nei propri vissuti profondi insieme al terapeuta, in una sorta di “mondo del noi” (di “Paarung” Husserliano); la ripresentazione di esperienze angoscianti del soggetto può da questi essere ripercorsa nella situazione analitica “con” il terapeuta, non tanto razionalmente quanto emotivamente [56].

La relazione terapeutica con persone affette dal disturbo borderline è però spesso *‘un’esperienza strana e alienante’* [48]. Nei circuiti neuronali dei pazienti con gravi disturbi di personalità è inscritta una condizione di disregolazione emotiva reattiva, una eccessiva sensibilità allo stress psicosociale, vissuto fin dai primi momenti della loro esistenza, in una fase in cui ancor prima delle parole quanto esperiva il corpo era registrato in un apparato neurologico ancora in via di maturazione.

Il terapeuta intuisce lo stato di ipervigilanza, la costante necessità di controllare l'ambiente, rileva di essere costantemente valutato, teme la vergogna e la rabbia. Spesso avverte un vago senso di coazione a comportarsi o a non comportarsi, plausibilmente correlato alle rappresentazioni molteplici incoerenti e disgregate che sono espresse

contemporaneamente nella relazione [40; 41; 42; 43; 44]. Diversi copioni convivono nel paziente borderline che può rapidamente passare, di solito in un modo brusco da un modo di relazionarsi all'altro, trainando le relative aspettative e assumendo anche il ruolo della figura traumatizzante (ad esempio passando da un modo spaventato ad uno spaventante).

Il terapeuta che, *-vive un tentativo di sincronizzazione interpersonale-*, una condizione di stati dinamicamente fluttuanti, la comunicazione di rapide trasmissioni emozionali implicite, non verbali, ha risonanze che riguardano anche stati corporei, viscerali.

La ricerca contemporanea ci segnala che l'umiliazione e l'esclusione evocano, in gruppi di persone senza patologie un modello di risposta cerebrale nella regione cingolata anteriore che somiglia alla risposta indotta dal dolore legato a cause fisiche [13] e quindi si può ipotizzare che le basi cerebrali del dolore sociale siano simili a quelle del dolore fisico. In altri studi si è rilevato che il supporto sociale, il supporto emotivo, riduce l'attivazione della stessa area neurologica, ha un'azione antalgica [52; 38].

Il terapeuta ha un'azione lenitiva ma *-entra-* in un sistema disfunzionale.

Il sistema dei neuroni specchio [27] comporta che anche la semplice osservazione e l'ascolto dei vissuti del paziente generi nel terapeuta l'attivazione di circuiti neurali analoghi a quelli attivi nel paziente, inducendolo a esperire vissuti simili; ma anche la possibile attivazione del Central Autonomic Network [4] strettamente in relazioni con parti dell'emisfero destro correlate all'elaborazione di stati emotivo/affettivi e anche componente integrante di un sistema di regolazione interna attraverso il quale il cervello controlla le risposte visceromotorie, neuroendocrine, dolorose e comportamentali.

L'attività mirror a livello centrale, conseguente all'attivazione sincrona nella diade relazionale, può essere considerata il correlato neurale del processo transferale/controtransferale più primitivo, quello somatico e forse in questo modo si possono anche spiegare i cambiamenti nel corpo del terapeuta, tachicardia, eccitazione, bradicardia, sopore, stanchezza. Anche il corpo dell'analista diventa il luogo di riscontro delle proiezioni del paziente [4].

È plausibile che il controtransfert somatico assuma una specifica forma a seconda dell'unicità di ogni diade in terapia. Stone [65] suggerisce che l'uso e la gestione del controtransfert somatico dipenda dalla disposizione personale del terapeuta. In particolare, ritiene che il controtransfert somatico si manifesti più frequentemente nei casi in cui la patologia del paziente si incrocia con la sua reticenza a esprimere le emozioni in maniera diretta e con un particolare tipo di personalità introversa-intuitiva del terapeuta.

III. Conclusioni

Il paziente con DBP cela, sotto un comportamento reattivo, ipersensibile facilmente sollecitabile, vissuti non esprimibili verbalmente e che nella relazionalità intersoggettiva appaiono come una sofferenza magmatica.

La relazione terapeutica del paziente con DBP è certamente molto impegnativa, coinvolgente e faticosa, ma anche indispensabile nell'aiuto ad una categoria psicopatologica che solo dalla psicoterapia può ottenere un consistente e non aleatorio miglioramento. Della fatica si racconta molto tra colleghi, nelle riunioni istituzionali dei Centri di Salute Mentale, in quelle estemporanee, nelle circostanze di riflessione strutturate di supervisione e di confronto, spesso in modo sottaciuto, riferendo e associando, in modo vago, insoddisfazione, inquietudine, preoccupazione.

La fatica del terapeuta può essere la prevedibile e fisiologica conseguenza di un'intensa attività, di un'operosità esperta e orientata, una delle manifestazioni della complessità realizzativa di un compito necessario e utile. Probabilmente in molte circostanze la fatica è adombrata da un lavoro poco stimolante, ripetitivo, e oneroso.

Non va però dimenticata la possibilità di una stanchezza, accompagnata da opacità, appiattimento, noia perdita dell'interesse, irritabilità, instabilità emozionale, come esito di dinamiche profonde, sviluppo di circostanze controtransferali che trovano spazio anche in espressioni corporee.

Bibliografia

1. ACKERMAN, S. J., HINLSENRRHOT, M. J., KNOWLES, E. S. (2005), Ratings of Therapist Dynamic Activities and Alliance Early and Late in Psychotherapy, *July 2005 Psychotherapy Theory Research Practice Training*, 42(2):225-231, p. 229.
2. ADLER, A. (1930), *Die Seele des Schwererziehbaren Schulkindes*, tr. it. *Psicologia, bambino difficile*, Newton Compton, Roma 1973.
3. BEEBE, B., LACHMANN, F. M. (2002), *Infant Research and Adult Treatment*, tr. it. *Infant Research e trattamento degli adulti*, Raffaello Cortina, Milano 2003.
4. BEISSNER, F., MEISSNER, K., BÄR, K. J., NAPADOW, V. (2013), The autonomic brain: an activation likelihood estimation meta-analysis for central processing of autonomic function, *J. Neurosc.* 2013; 33: 10503-11.
5. BIONDI, M., COSTANTINI, A., GRASSI, L. (1995), *La mente e il cancro*, Il Pensiero Scientifico Editore, Roma 1995.
6. BOWLBY, J. (1969), *Attachment and Loss*, tr. it. *Attaccamento e perdita*, Bollati Boringhieri, Torino 1999.

7. BRANDCHAFT, B., DOCTORS, S., SORTER, D. (2010), *Toward an Emancipatory Psychoanalysis*, Routledge, New York.
8. BROWN, M. Z., LINEHAN, M. M., COMTOIS, K. A., MURRAY, A., CHAPMAN, A. L. (2009), Shame as a prospective predictor of self-inflicted injury in borderline personality disorder: A multi-modal analysis, *Behaviour Research and Therapy*, 47(10), 815–822.
9. CARETTI, V., CRAPARO, G., SCHIMMENTI, A. (2007), Gli esiti psicopatologici della dissociazione, *Psichiatria e Psicoterapia*, 1, 9-25.
10. CRAPARO, G. (2017), *L'enactment nella relazione terapeutica. Caratteristiche e funzioni*, Raffaello Cortina, Milano.
11. DOMES, I. G., CZIESCHNEK, D., WEIDLER, F., BERGER, C., FAST, K., HERPERTZ, S. C. (2008), Recognition of facial affect in Borderline Personality Disorder, *J. Pers Disord.* 2008 Apr; 22(2):135-47.
12. DOZIER, M., CUE, K. L., BARNETT, L. (1994), Clinicians as caregiver: Role of attachment organisation in treatment, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, pp. 793-800).
13. EISENBERGER, N. I., LIEBERMAN, M. D., WILLIAMS, K. D. et alii (2003), Does rejection hurt? An fMRI study of social exclusion, *Science*, 2003 Oct 1.
14. FASSINO, S. (2024), “Aspetti impliciti della relazione psicoterapeutica: suggestioni da *Human Affectome e teleologia degli affetti...*”, *Comunicazione al 45° Congresso SIPM*, Bologna, 19-20 Settembre 2024.
15. FELDMAN, R., GREENBAUM, C. W., YIRMIYA, N. (1999), Mother–infant affect synchrony as an antecedent of the emergence of self-control, *Developmental Psychology*, 35 (1), (223–231).
16. FELMINGHAM, K., KEMP, A. H., WILLIAMS, L., FALCONER, E., OLIVIERI, G., PEDUTO, A., BRYANT, R. (2008), Dissociative responses to conscious and non-conscious fear impact underlying brain function in post-traumatic stress disorder, Published online by *Cambridge University Press*: 25 February 2008.
17. FERRERO, A. (1999), *Formazione degli operatori*, in *Tradizione e cambiamento. Prospettive in psicologia individuale*, Centro scientifico Editore, Torino, p. 192.
18. FERRERO, A. (2008), Psicoterapia Psicodinamica Adleriana (APP): un trattamento possibile nei dipartimenti di salute mentale, *Centro Studi e Ricerche in Psichiatria*, Torino.
19. FERTUCK, E. A. I., JEKAL, U., CANTO, I., WYMAN, B., MORRI, M. C., WILSON, S. T., BRODSKI, B. S., STANLEY, B. (2009), Enhanced 'Reading the Mind in the Eyes' in borderline personality disorder compared to healthy controls, *Psychol Med.* 2009 Dec; 39(12):1979-88.
20. FISCHER, H. J. (1983), A psychoanalytical view of burnout, in FABER, B. A. e Coll. (1983), *Stress and burnout in the human service professions*, Pergamon Press, New York.
21. FONAGY, P., TARGET, M. (1998), Mentalization and the changing aims of child psychoanalysis, *Psychoanalytic Dialogues*, 8 (1), 87–114.

22. FONAGY, P., TARGET, M. (2002), Early intervention and the development of self-regulation, *Psychoanalytic Inquiry A Topical Journal for Mental Health Professionals*, Volume 22, 2002 – Issue 3.
23. FREUDENBERGER, H. J. (1974), Staff burn-out, *J. Social Issues* 1974; 30: 159-65.
24. GABBARD, G. O. (2005), *Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice* tr. it. *Psichiatria psicodinamica*, V ed., Raffaello Cortina, Milano 2015.
25. GABBARD, G. O. (1995), Countertransference: the emerging common ground, *Int. J. Psychoanal.* 1995 Jun; 76 (Pt 3): 475-85.
26. GAINOTTI, G. (2012), *Neuropsychologia*, Vol. 50, Issue 2, January 2012, pp. 205-218, Elsevier.
27. GALLESE, V. (2005), Embodied simulation: from neurons to phenomenal experience, *Phenomenol. Cogn. Sci.*, 2005; 4: 23-48.
28. GIOVACCHINI, P. L. (1984), The psychoanalytic paradox: The self as a transitional object, *Psychoanalytic Review*, 71(1), 81-104.
29. GRATZ, K. M., ROSENTHAL, M. Z., TULL, M.T., LEJUEZ, C. W., GUNDERSON, J. G. (2010), An experimental investigation of emotional reactivity and delayed emotional recovery in borderline personality disorder: the role of shame, *Comprehensive Psychiatry* Vol. 51, Issue 3, May–June 2010, pp. 275-285.
30. GREENBERG, L. (2014), The therapeutic relationship in emotion-focused therapy, *Psychotherapy*, 51(3), 350–357.
31. GUNDERSON, J. G., PHILLIPS, K. A. (1991), A current view of the interface between borderline personality disorder and depression, *The American Journal of Psychiatry*, 01 Aug 1991, 148(8): 967-975.
32. GUNDERSON, J. G. (2001), *Borderline Personality Disorder. A clinical guide*, tr. it. *La personalità borderline. Una guida clinica*, Raffaello Cortina, Milano, 2003.
33. GUNDERSON, J. G., LYONS-RUTH, K. (2008), BPD's interpersonal hypersensitivity phenotype: a gene-environment-developmental model, *J. Pers. Disord.*, 2008 Feb; 22(1):22-41.
34. HOCHSCHILD TOLPIN, L., GUNTHER, K. C., COHEN, L. H., O'NEILL, S. C. (2004), Borderline Personality Features and Instability of Daily Negative Affect and Self-Esteem, *J. of Personality*, Vol. 72, Issue1 February 2004 pp. 111-138.
35. HOLMES, J. (1993), Attachment theory: a biological basis for psychotherapy, *British Journal of Psychiatry*, 163, pp. 430-38, in SHORE, A. (1994), *Affect regulation and the origin of the Self: The neurobiology of emotional development*, Erlbaum, Hillsdale, N. J.
36. JASPERS, K. (1932), *Philosophie: II Existenzerhellung*, tr. it. *Chiarificazione dell'esistenza*, Utet, Torino 1978.
37. JOSEPH, R. (1992), *The right brain and the unconscious: Discovering the stranger within*, Plenum Press.
38. KARREMANS, J. C., HESLENFELD, D. J., VAN DILLEN, L. F., VAN LANGE, P. A. M. (2011), Secure attachment partners attenuate neural responses to social exclusion: an fMRI investigation *Int. J. Psychophysiol.*, 2011 Jul; 81(1):44-50.

39. LEVINE, P. A. (2010), *In an Unspoken Voice: How the Body Releases Trauma and Restores Goodness*, North Atlantic Books, U.S.
40. LIOTTI, G. (1992), Disorganized/disoriented attachment in the etiology of the dissociative disorders, *Dissociation*, 5: 196-204.
41. LIOTTI, G. (1994), *La dimensione interpersonale della coscienza*, NIS, Roma.
42. LIOTTI, G. (1995), Disorganized/disoriented attachment in the psychotherapy of the dissociative disorders, in GOLDBERG, S., MUIR, R., KERR, J. (1995), *Attachment Theory: Social, developmental and clinical perspectives*, Analytic Press, Hillsdale, NJ, pp. 343-363.
43. LYONS-RUTH, K., YELLIN, C., MELNICK, S., ATWOOD, G. (2005), Expanding the concept of unresolved mental states: hostile/helpless states of mind on the Adult Attachment Interview are associated with disrupted mother-infant communication and infant disorganization, *Dev. Psychopathol.*, 2005 Winter; 17(1):1-23.
44. MAIN, M. (1991), Metacognitive knowledge, metacognitive monitoring, and singular (coherent) vs. multiple (incoherent) model of attachment: Findings and directions for future research, in PARKES, C. M., STEVENSON-HINDE, J., MARRIS, P. (1991), *Attachment across the life cycle*, Tavistock/Routledge, London, pp. 127-159.
45. MATZKE, B., HERPERTZ, S. C., BERGER, C., FLEISCHER, M., DOMES, G. (2014), Facial Reactions during Emotion Recognition in Borderline Personality Disorder: A Facial Electromyography Study, *Psychopathology*, 47 (2): 101-110.
46. MASLOW, A. H. (1954), *Motivation and Personality*, tr. it. *Motivazione e personalità*, Armando Editore, Roma 1982.
47. MEARES, R. (2005), *The Metaphor of Play*, Routledge, London.
48. MEARES, R. (2012), *A Dissociation Model of Borderline Personality Disorder*, tr. it. *Un modello dissociativo del disturbo borderline di personalità*, Raffaello Cortina, Milano 2014.
49. MCGILCHRIST, I. (2009), *The Master and His Emissary: The Divided Brain and the Making of the Western World*, Yale University, USA.
50. MINZENBERG, M. J., POOLE, J. H., VINOGRADOV, S. (2006), Social-emotion recognition in borderline personality disorder, *Compr. Psychiatry*, 2006 Nov-Dec;47(6):468-74.
51. NICA, E. I., LINKS, P. S. (2009), Affective instability in borderline personality disorder: experience sampling findings, *Curr. Psychiatry Rep.*, 11: 74-8.
52. ONODA, K., OKAMOTO, Y., NAKASHIMA, K., NITTONO, H., URA, M., YAMAWAKI, S. (2009), Decreased ventral anterior cingulate cortex activity is associated with reduced social pain during emotional support, *Social Neuroscience*, 2009; 4(5):443-54.
53. PAPOUŠEK, H., PAPOUŠEK, M. (1995), Intuitive parenting, in BORNSTEIN, M. H., *Handbook of parenting*, Vol. 2. Biology and ecology of parenting (pp. 117-136), Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
54. PORTNAMM, A. (1965), *Lebendige Formen. Neue Perspektiven der Biologie*, tr. it. *Le forme viventi. Nuove prospettive della biologia*, Adelphi, Milano 1989.

55. ROVERA, G. G. (1999), *Tradizione e cambiamento. Prospettive in psicologia individuale*, Centro scientifico Editore, Torino.
56. ROVERA, G. G. (2016), L'alleanza col deficit: un possibile strumento mutativo, *Riv. Psicol. Indiv.*, 80: 41-49.
57. ROVERA, G. G. (2015), Lo Stile Terapeutico, *Riv. Psicol. Indiv.*, 78: 19-85.
58. RÜSCH, N., KLAUS LIEB, K., GÖTTLER, I., HERMANN, C., SCHRAMM, E., RICHTER, H., JACOB, G. A., CORRIGAN, P. W., BOHUS, M. (2007), Shame and implicit self-concept in women with borderline personality disorder, *Am. J. Psychiatry* 2007 Mar; 164(3):500-8.
59. SABLE, P. (2000), *Attachment and Adult Psychotherapy*, Jason Aronson, New York.
60. SCHORE, A. (1994), *Affect regulation and the origin of the Self: The neurobiology of emotional development*, Erlbaum, Hillsdale, N.J.
61. SCHORE, A. (1997), Early organization of the nonlinear right brain and development of a predisposition to psychiatric disorders. *Development and Psychopathology*, 1997, 9, 595-6.
62. SCHORE, A. (2019), *Psychotherapy with the Right Brain*, tr. it. *Psicoterapia con l'emisfero destro*, Raffaello Cortina, Milano, 2022. p. XVI, 23, 4, 220-21, 30, 34.
63. SCHORE, A. (2003), *Affect Regulation and the Repair of the Self*, tr. it. *La regolazione degli affetti e la riparazione del sé*, Astrolabio, Roma 2008.
64. STOLOROW, R. D., ATWOOD, G. E. (1992), *Contexts of being: the intersubjective foundations of psychological life* tr. it. *I contesti dell'essere. Le basi intersoggettive della vita psicologica*, Bollati Boringhieri, Torino 1995.
65. STONE, M. (2006), The analyst's body as tuning fork: embodied resonance in countertransference, *J. Anal. Psychol.* 2006; 51: 109-24.
66. SULLIVAN, H. S. (1953), *The interpersonal theory of psychiatry*, W. W. Norton & Co, N.Y.
67. TRONICK, E. Z. (2006), The stress of normal development and interaction leads to the development of resilience and variation in resilience, tr. it. Lo sviluppo e la variazione della resilienza come variabili dipendenti dal normale stress dello sviluppo e dell'interazione, *Ricerca Psicoanalitica*, XVII (3), 2006, pp. 265-294.
68. WEBER, M. (1919), Politik als Beruf, tr. it. La politica come professione, in *Il lavoro intellettuale come professione*, Einaudi, Torino 1971, p. 109.
69. WILLIAMS, L. M., LIDDELL, B. J., KEMP, A. H., BRYANT, R. A., MEARES, R. A., PEDUTO, A. S., GORDON, E. (2006), Amygdala-prefrontal dissociation of subliminal and supraliminal fear, *Human Brain Mapping*, Volume 27, Issue8 August 2006, pp. 652-661.
70. ZHANG, Y., MENG, T., YANG, Y., HU, Y. (2020), Experience-dependent counselor-client brain synchronization during psychological counseling, *eNeuro*, 236:1-10.

Sergio Laguzzi

Via Castel del Lupo 55

I- 10166 S. Secondo di Pinerolo (TO)

E-mail: micus-i@hotmail.it

Gli effetti profondi del trauma precoce nella costruzione del senso di sé: una introduzione alla dissociazione in età evolutiva

GIAN SANDRO LERDA, ENRICA CAVALLI

Summary –THE DEEP EFFECTS OF EARLY TRAUMA ON THE CONSTRUCTION OF THE SENSE OF SELF: AN INTRODUCTION TO DISSOCIATION IN DEVELOPMENTAL AGE. The contribution of neuroscience and attachment theories allowed to arrive at a new conceptualization of infantile dissociation, observed today as a post-traumatic adaptation that has profound effects on the construction of the individual's sense of self, following experiences of early and cumulative traumatization within models of disorganized attachment. The theoretical model of Individual Psychology, which embraces a psychology of depth and of the self, offers a context in which these new conceptualizations can find numerous connections. Knowing how to identify the dynamics that this particular type of trauma produces on development, recognizing the dissociative phenomena that can arise in childhood and adolescence, appears particularly important in order to understand the complexity of children's suffering and put these acquisitions at the service of their treatment

Keywords: DISSOCIATIVE DISORDERS, CHILDHOOD, ADOLESCENCE, DEVELOPMENTAL TRAUMA, DISORGANIZED ATTACHMENT, NEUROSCIENCE, ATTACHMENT THEORY, DISSOCIATION

Abstract – GLI EFFETTI PROFONDI DEL TRAUMA PRECOCE NELLA COSTRUZIONE DEL SENSO DI SÉ: UNA INTRODUZIONE ALLA DISSOCIAZIONE IN ETÀ EVOLUTIVA. Il contributo delle neuroscienze e delle teorie dell'attaccamento hanno permesso di arrivare ad una nuova concettualizzazione della dissociazione infantile, osservata oggi come adattamento post-traumatico che ha effetti profondi nella costruzione del senso di sé dell'individuo, conseguente ad esperienze di traumatizzazione precoce e cumulativa all'interno di modelli di attaccamento disorganizzato. Il modello teorico della Individual Psicologia, che abbraccia una psicologia del profondo e del sé, offre un contesto in cui queste nuove concettualizzazioni possono trovare numerose connessioni. Saper individuare le dinamiche che questo particolare tipo di trauma produce sullo sviluppo, riconoscendone i fenomeni dissociativi che possono insorgere in età infantile ed adolescenziale, appare di particolare importanza per poter comprendere la complessità della sofferenza dei minori e porre tali acquisizioni al servizio del loro trattamento.

Parole chiave: DISTURBI DISSOCIATIVI, INFANZIA, ADOLESCENZA, TRAUMA DELLO SVILUPPO, ATTACCAMENTO DISORGANIZZATO, NEUROSCIENZE, TEORIA DELL'ATTACCAMENTO, DISSOCIAZIONE

I. Introduzione

Il tema complesso attorno al costrutto di dissociazione in età evolutiva, che parte dal suo inquadramento teorico, dalla comprensione delle dinamiche soggiacenti e delle manifestazioni cliniche, arrivando alla sua collocazione in quadri psicopatologici specifici ed al suo trattamento psicoterapeutico, non può che essere affrontato facendo una breve digressione storica sui passaggi che hanno mosso la letteratura più recente.

Da tempo osservata come manifestazione difensiva reattiva a singoli eventi traumatici, la comunità scientifica attuale amplia il raggio di analisi ed osservazione, intendendola anche come adattamento post-traumatico foriero di effetti profondi nella costruzione del senso di Sé, a partire da esperienze traumatiche cumulative che accadono all'interno di modelli di attaccamento insicuro.

Con i contributi di autori come Van Der Kolk [43], Steele, Van der Hart [42] e Baita [9], la letteratura del settore allarga lo sguardo su di una particolare tipologia di esperienza traumatica, quella interpersonale, sull'età evolutiva come momento entro cui questa avviene e traccia lo sviluppo del sé, sulle sue conseguenti espressioni sintomatologiche e sul concetto di dissociazione strutturale di personalità.

Storicamente, gli studi e le teorizzazioni si sono focalizzati prevalentemente sulle connessioni tra trauma e dissociazione in età adulta, spostando solo di recente l'indagine sull'infanzia, tanto è che ancora oggi vi è una assenza di criteri diagnostici ufficiali specifici per questo periodo della vita.

Nonostante ciò, sappiamo che i disturbi dissociativi più gravi che si manifestano in età adulta, come il disturbo dissociativo dell'identità, hanno la loro origine in una cronica e ripetuta esposizione a situazioni di traumatizzazione interpersonale in età precoce, avvenuta prima dei sei anni di età per alcuni autori, prima degli otto anni per altri.

Tra i numerosissimi studi che si occupano delle conseguenze in età adulta della traumatizzazione infantile, si cita lo studio epidemiologico di Felitti, Anda, Nordenberg e Williamson [18], che sostiene il rapporto tra precoci esperienze interpersonali sfavorevoli e malattie psichiatriche o condotte a rischio in età adulta, le ricerche che mettono in luce la significativa percentuale di pazienti affetti da disturbi psichiatrici che riportano storie di abusi nell'infanzia [23], le evidenze cliniche e statistiche che testimoniano come pazienti psichiatrici adulti che sono stati in infanzia vittime di maltrattamenti fisici o sessuali vengano più spesso ricoverati e abbiano maggiore tendenza alle condotte autolesive e suicidarie rispetto ai pazienti senza storia di maltrattamento infantile [36; 37].

Molto noti sono ancora gli studi che collegano le esperienze infantili di abuso sessuale, maltrattamento, grave trascuratezza, mancanza di attaccamento sicuro allo sviluppo dei gravi disturbi di personalità, specialmente in area borderline [24].

II. *Architettura della mente in età evolutiva*

Sebbene la comunità scientifica possieda molte conoscenze teoriche ed empiriche su questi temi, possiamo ad oggi sostenere che l'attenzione agli impatti delle esperienze gravemente traumatiche nell'età evolutiva ed alle conseguenti configurazioni sintomatologiche sia al momento sottodimensionata.

Lo sviluppo, per Carlson e Sroufe [13], implica una serie di riorganizzazioni qualitative attraverso le quali i modelli precoci di adattamento offrono una cornice agli adattamenti successivi e vengono allo stesso tempo trasformati da essi.

Sappiamo infatti che il cervello si organizza sequenzialmente [40] e gerarchicamente [34], partendo dalle aree meno complesse a quelle più complesse, eliminando selettivamente le connessioni neurali che non vengono utilizzate. Le esperienze alle quali il bambino è esposto definiranno in gran parte quali connessioni rimarranno e continueranno ad essere rafforzate e quali altre verranno eliminate.

Quando un bambino è esposto al pericolo, alla minaccia e la risposta di stress viene attivata in modi estremamente prolungati e ripetitivi, le reti neurali coinvolte in questa risposta possono subire una marcata alterazione uso-dipendente [34]. Le situazioni di maltrattamento e trascuratezza preparano il bambino a continuare ad aspettarsi sempre la stessa situazione e a rispondere di conseguenza con il modello disadattivo che hanno sviluppato in conseguenza a questa esposizione.

Il concetto della neuroplasticità ben spiegato da Siegel [39], conferisce ai clinici molta speranza sulla possibilità da parte del bambino di costruire nuove connessioni e quindi nuovi scenari: per questo appare molto importante progettare un intervento precoce nei casi di esperienze traumatiche infantili.

Un contesto di attaccamento sicuro che sia caratterizzato da una comunicazione contingente e collaborativa, da un dialogo riflessivo, dalla riparazione, da comunicazioni emozionali e da narrative coerenti, rappresenta un tassello fondamentale per lo sviluppo dell'essere umano.

Sappiamo che gli esseri umani non vengono al mondo con una personalità già integrata ma questa è, con le parole di Siegel [38], un traguardo evolutivo, profondamente influenzato dall'esperienza: crescere all'interno di un legame di attaccamento sicuro catalizza la resilienza, permettendo una integrazione delle esperienze a cui può essere attribuita coerenza e continuità.

Il trauma precoce e l'attaccamento insicuro mettono a rischio questa evoluzione: il bambino non ha la possibilità di fare esperienza di un altro adulto significativo che lo aiuti nella costruzione di una impalcatura integrata della mente.

III. *Il trauma interpersonale e la diagnosi di Disturbo da Trauma dello Sviluppo*

Sappiamo che diversi eventi hanno la potenzialità di produrre un trauma, ma in questa sede ci soffermeremo su un tipo particolare, quello che da alcuni autori viene chiamato trauma di tipo interpersonale: esso si verifica solitamente in maniera ripetitiva nell'infanzia, provoca modelli disfunzionali di attaccamento verso i caregiver primari, oltre ad avere le radici proprio in quei modelli.

Questa tipologia di trauma accade nel contesto delle relazioni di attaccamento e racchiude tutte quelle situazioni di violenza, abuso, trascuratezza o grave incuria a cui il bambino viene esposto nel contesto delle cure primarie e di base.

All'interno di questo articolo vedremo come la qualità interpersonale del fattore stressante e le implicazioni di tipo neurobiologico, che danno precedenza allo sviluppo di alcune aree cerebrali più primitive connesse alla necessità imperativa di sopravvivenza piuttosto che ad altre maggiormente recenti, hanno implicazioni fondamentali sullo sviluppo del minore e sul potenziale delinearsi di disturbi dello spettro post-traumatico e dissociativi. In questo frangente quindi, la dissociazione non è più osservata sotto la lente psicodinamica che ha tratteggiato per molti decenni le sue caratteristiche, ma alla luce delle nuove acquisizioni neuroscientifiche, che spiegherebbero come l'architettura della mente in fieri del bambino si "squarci", si modelli e trovi struttura in senso dissociativo.

Al fine di restituire una riconoscibilità specifica alle manifestazioni psichiche ed ai pattern sintomatologici conseguenti ai traumi di tipo interpersonale all'interno di configurazioni di attaccamento insicuro disorganizzato, ha avuto inizio circa un ventennio fa una serie di ricerche e studi sui bambini vittime di queste tipologie di esperienze traumatiche.

Le suddette ricerche hanno potuto rilevare un ventaglio di caratteristiche sintomatologiche specifiche che non era possibile vedere incluse all'interno delle preesistenti categorie diagnostiche, come: maggior labilità e reattività emozionale, deficit nelle funzioni esecutive anche in ambienti neutri, difficoltà nell'integrazione visuo-motoria e nel focalizzare l'attenzione uditiva, disturbi mnestici, difficoltà di concentrazione indipendentemente dal fatto che il compito richiesto sia in relazione o meno con il ricordo traumatico.

In passato, la proposta di includere criteri diagnostici specifici per pazienti adulti con questo tipo di esperienze, in una categoria che prendesse il nome di "Disturbo da stress estremo non altrimenti specificato", fu rifiutata dai revisori del DSM IV [25]: alcuni dei sintomi furono inclusi nella diagnosi da PTSD (Disturbo da Stress Post-Traumatico), ma come sintomi associati.

Venne successivamente presentata una nuova proposta nel 2009, sottoposta al gruppo incaricato per la revisione del DSM V: si suggeriva la diagnosi di “Disturbo da Trauma dello Sviluppo” [8; 41] per quei bambini e adolescenti che stavano soffrendo o avevano sofferto di sintomi per una storia documentata di maltrattamenti, abusi, abbandoni o trascuratezze avvenuti tra le loro relazioni primarie.

L’identificazione del DTS aveva quindi l’intento di offrire riconoscimento e legittimità a tutta la varietà di sintomi che presentano le persone che hanno vissuto dei traumi interpersonali, facendo perno sul fatto che la diagnosi di PTSD non fosse sufficiente a spiegare l’ampia gamma di espressioni sintomatologiche presentate dai pazienti adulti esposti a traumi precoci e cronici, accaduti all’interno della loro cerchia familiare.

I criteri [44; 31; 45] sono riassumibili come segue:

A. Esposizione. Il bambino o l’adolescente ha vissuto o è stato testimone di molteplici o prolungati eventi sfavorevoli per un periodo di almeno un anno, con inizio nell’infanzia o nella prima adolescenza.

Devono essere presenti entrambe le situazioni seguenti:

- A1. Esposizione diretta o testimonianza di ripetuti e gravi episodi di violenza interpersonale (diretta a lui, indiretta come negligenza o assistita);
- A2. Significative interruzioni del caregiving protettivo in conseguenza di ripetuti cambiamenti nel caregiver primario, ripetute separazioni dal caregiver primario o esposizione a grave e persistente abuso emozionale.

B. Disregolazione fisiologica ed emozionale. Il bambino mostra problemi nelle competenze evolutive di riferimento relativamente alla regolazione dell’arousal, includendo almeno due tra i seguenti punti:

- B1. Incapacità di modulare stati emotivi intensi come paura, rabbia, vergogna, inclusi capricci prolungati ed estremi o immobilizzazione;
- B2. Disturbi della regolazione delle funzioni corporee;
- B3. Diminuita consapevolezza/dissociazione di sensazioni, emozioni e stati corporei;
- B4. Compromissione della capacità di descrivere emozioni o stati corporei.

C. Disregolazione dell’attenzione e del comportamento: Il bambino mostra problemi nelle competenze evolutive di riferimento relativamente al mantenimento dell’attenzione, all’apprendimento o alla gestione dello stress, includendo almeno tre dei seguenti punti:

- C1. Incapacità di percepire, evitare o difendersi dalle minacce, o allarme eccessivo per stimoli minacciosi, sia ambientali che relazionali;
- C2. Alterazioni nella capacità di proteggersi ed esposizione a situazioni rischiose;

- C3. Disturbi comportamentali derivanti da manovre di autoconforto;
- C4. Comportamenti automutilanti reattivi o abituali;
- C5. Incapacità di iniziare o mantenere un comportamento volto ad un obiettivo.

D. Disregolazione relazionale e del sé. Il bambino mostra problemi nelle competenze evolutive di riferimento relativamente al senso di identità personale e di coinvolgimento nelle relazioni, includendo almeno tre dei seguenti punti:

- D1. Disturbi nella relazione di attaccamento;
- D2. Sentimenti di avversione verso se stesso, senso di inaiutabilità, convinzioni di mancanza di valore, incapacità, di essere sbagliati o difettosi;
- D3. Senso di sfiducia nei propri confronti o nei confronti degli altri, con atteggiamenti ipercritici o di rifiuto nei confronti delle persone più vicine;
- D4. Comportamenti aggressivi verso i pari, gli adulti e i caregiver;
- D5. Comportamenti inappropriati di vicinanza e fiducia verso estranei, anche con comportamenti sessuali inappropriati;
- D6. Difficoltà o incapacità nel regolare il contatto empatico.

E. Sintomatologia dello spettro post traumatico: il bambino manifesta almeno un sintomo in almeno due dei cluster sintomatici B, C e D del PTSD.

F. Durata del disturbo: i sintomi elencati nei punti B, C, D, E hanno durata di almeno 6 mesi.

G. Difficoltà nel funzionamento globale. Il disturbo causa stress o compromissione clinicamente significativa in almeno due delle seguenti aree: scolastica, familiare, relazionale, legale, salute, professionale.

Sebbene ad oggi la suddetta diagnosi non sia stata riconosciuta, si spera in una nuova e più approfondita conoscenza di queste specifiche espressioni sintomatologiche da parte di chi si occupa di minori, ai fini di individuare la traumatizzazione precoce nella storia evolutiva dei piccoli pazienti, riconoscere la fenomenologia dissociativa come adattamento post-traumatico, comprendere profondamente la complessità della sofferenza e porre tali acquisizioni al servizio del trattamento.

IV. Che cosa si intende per dissociazione?

Le diverse prospettive e i diversi livelli di analisi da cui è stato osservato e letto il fenomeno della dissociazione negli ultimi decenni non consentono di darne una definizione univoca: esso viene descritto ora come esperienza soggettiva, ora come insieme di sintomi, ora come forma di organizzazione della personalità, ora come meccanismo di adattamento e sopravvivenza [32].

Diverse correnti di pensiero, inoltre, estendono in maniera differente la definizione di dissociazione, includendo uno spettro di fenomeni più o meno ampio, sia come tipo e qualità delle manifestazioni, sia da un punto di vista eziologico.

Una di queste correnti, diffusasi soprattutto negli anni '80, che vede Bernstein e Putnam [10] come principali esponenti, sostiene che la dissociazione si sviluppi lungo un continuum di esperienze che vanno dalla normalità alla patologia, avendo in comune la disconnessione di alcuni processi psichici rispetto al funzionamento globale del soggetto.

Sul polo delle esperienze dissociative “normali” si collocano quei fenomeni che possono accadere quotidianamente a qualsiasi persona: ad esempio l'esperienza del guidare per un certo tragitto, accorgendosi successivamente di non ricordare alcun particolare del viaggio svolto e delle azioni compiute. In situazioni di questo tipo, una parte di esperienza, costituita da sensazioni corporee, reazioni a stimoli esterni e talvolta anche azioni complesse, non risulta presente alla coscienza, quindi non viene integrata/ricordata all'interno dell'esperienza soggettiva globale di quei minuti di viaggio, in cui l'attività mentale era focalizzata su altri stimoli interni o esterni, come pensieri/preoccupazioni o i contenuti di un programma radiofonico o la conversazione con un compagno di viaggio.

Dall'altra parte del continuum, troviamo la dissociazione patologica che ha come forma più grave il Disturbo Dissociativo dell'Identità, caratterizzato da una disgregazione dell'identità in due o più stati di personalità distinti (in passato disturbo di personalità multipla), con forte compromissione della continuità del senso di Sé, accompagnata da interruzioni, discontinuità, alterazioni negli affetti, nei comportamenti, nella coscienza, nella memoria, nella percezione, nella cognizione e nelle funzioni senso-motorie, con grave compromissione della vita sociale, lavorativa e affettiva [6].

Altri autori, come Van der Hart, Nijenhuis e Steel [42], esponenti della teoria della dissociazione strutturale della personalità, pongono invece la dissociazione come elemento centrale e specifico della traumatizzazione (limitando così il sovrautilizzo del termine): secondo la loro teorizzazione, la dissociazione si sviluppa come logica conseguenza rispetto ad un'esperienza traumatica, come adattamento al trauma e al post-trauma, che può avere profondi effetti nel processo di integrazione del Sé e di costruzione della personalità.

Il grado di significatività di tali effetti dipenderà dal livello di integrazione della personalità pre-trauma, dalla gravità e ripetizione dell'esperienza traumatica e dal fatto che essa si sviluppi o meno all'interno dei legami primari di attaccamento. La dissociazione, dunque, diventa strutturale, e segna profondamente il funzionamento psichico del soggetto.

Proprio in questo filone si colloca il pensiero di Sandra Baita, che nel suo testo “Puzzles. Una guida introduttiva al trauma e alla dissociazione nell’infanzia” [9] propone un modello esplicativo per comprendere la dissociazione, e in particolare il suo sviluppo nell’infanzia, mettendo in relazione due concettualizzazioni che hanno parecchi punti di connessione: la teoria dell’attaccamento di J. Bowlby [11; 12] e M. Ainsworth [5], con particolare attenzione alle osservazioni sull’attaccamento disorganizzato di M. Main e E. Hesse [29; 30], e la già citata teoria della dissociazione strutturale della personalità [42].

Questi due modelli integrati permettono di andare al di là delle definizioni manualistiche e delle classificazioni diagnostiche nosografico-descrittive, aprendo uno sguardo al fenomeno in senso dinamico ed evolutivo e ponendo il focus sullo sviluppo e le manifestazioni della dissociazione in età evolutiva.

Pertanto, ad oggi, non esistono criteri diagnostici nel DSM per i disturbi dissociativi nell’infanzia. Solo l’ICD10 [33] include la categoria “Disturbi dissociativi transitori nell’infanzia e nell’adolescenza”, dove è evidente che la definizione “transitori” sia discutibile dal momento che appare chiaro che i disturbi dissociativi dell’identità in età adulta si pongano in continuità con le esperienze e le manifestazioni psicopatologiche delle età precedenti.

Nei prossimi paragrafi, presenteremo una sintesi dei concetti principali della teoria dell’attaccamento e della teoria della dissociazione strutturale della personalità che convergono nella proposta di Sandra Baita, corredata da alcune esemplificazioni cliniche e da significative connessioni con l’impianto teorico della Psicologia Individuale, che offre un contenitore in grado di integrare anche contributi di diversa matrice.

IV. 1. *Attaccamento disorganizzato e dissociazione*

Secondo il modello di J. Bowlby e dei teorici dell’attaccamento, la relazione tra il bambino e la figura di cura primaria (caregiver) fornisce le basi della regolazione emotiva. Il bimbo piccolo, che da subito è soggetto attivo nell’interazione con l’adulto che si occupa di lui, invia segnali che il caregiver riceve, interpreta e a partire dai quali mette in atto azioni che cercano di rispondere coerentemente al segnale ricevuto, sintonizzandosi e adattandosi alle necessità del bambino in quel preciso istante.

Dunque una risposta coerente e contingente che riconosce il bambino, i suoi bisogni e i suoi stati emotivi. Questa interazione sincronizzata e sintonizzata, che fornisce e ripropone nel tempo risposte coerenti e contingenti, caratterizza l’attaccamento sicuro. Naturalmente tale sincronicità può andare incontro a momentanei fallimenti, ma all’interno di una configurazione di attaccamento sicuro vi è la possibilità di una riparazione e di un ripristino della sintonizzazione.

L'adulto che favorisce un attaccamento sicuro è un adulto in grado di modulare e "aggiustare" la qualità, le modalità, l'intensità e la frequenza della stimolazione fornita al bambino, filtrando anche gli stimoli ambientali, in accordo con le capacità psichiche del bambino in quel momento, permettendogli di recepire ed elaborare adeguatamente gli stimoli esterni ed interni, senza esserne sopraffatto o privato.

Questa esperienza relazionale primaria è essenziale per un corretto sviluppo nel bambino della capacità di autoregolazione, a partire dalla funzione regolativa esercitata dal caregiver, ma è anche fondamentale per costruire una rappresentazione interna di se stessi, degli altri e del mondo basata sulla sicurezza, sulla fiducia, sulla consapevolezza di avere una base sicura di riferimento da cui partire per sperimentarsi gradualmente in autonomia nel mondo (vedi anche il concetto di "fiducia fondamentale" proposto da Erikson [17] come primo stadio dello "sviluppo psicosociale dell'uomo"). Risulta infine presupposto irrinunciabile per lo sviluppo di un senso di Sé coeso, integrato, separato e dotato di continuità, alla base del processo di costruzione dell'identità [27].

Ben sintetizzando il pensiero di Adler, H. L. Ansbacher e R. R. Ansbacher così descrivono le caratteristiche e le funzioni essenziali della relazione primaria madre-bambino: "Sin dal momento della nascita, il neonato ricerca un rapporto con la madre e questo è lo scopo a cui sono finalizzati tutti i suoi movimenti. Per molti mesi ella ha un ruolo predominante nella vita del bambino poiché egli dipende quasi completamente da lei.

È questa la situazione che stimola e sviluppa, per la prima volta, la capacità di cooperare. La madre rappresenta, per il figlio, il primo contatto con un altro essere umano, l'origine dell'interesse per qualcuno diverso da se stesso. In definitiva, è il primo ponte verso la vita sociale e un neonato che non riuscisse a stabilire un tale rapporto con lei o con un essere umano capace di sostituirla, perirebbe inevitabilmente (...). La madre, dunque, ha due compiti a cui attendere: consentire al fanciullo di fare la prima esperienza di un essere umano degno di fiducia e adoperarsi per far estendere questa fiducia all'intera società" (7, pp. 416-418).

Nell'esperienza dell'attaccamento disorganizzato vengono a mancare o sono fortemente compromesse/disturbate le qualità essenziali delle relazioni primarie prima descritte e si crea una situazione paradossale, altamente confusiva e destabilizzante, traumatica in maniera continuativa, che mette in crisi tutto il processo evolutivo e la costruzione integrata del Sé.

Caratteristica tipica degli stili di interazione dell'attaccamento disorganizzato è la presenza di risposte "spaventate" o "spaventanti" dell'adulto verso il bambino. Si ha una risposta "spaventata" quando il caregiver reagisce alla richiesta di avvicinamento e protezione del bambino con timore, apprensione, confusione, ansia, distanziamento.

Nel momento in cui il bambino avverte una tensione, istintivamente ricerca la sicurezza, la calma, la protezione, la rassicurazione nella figura di attaccamento; la risposta del genitore spaventato non solo non sarà rassicurante, ma aumenterà il grado di tensione, di preoccupazione, di paura e potrà anche generare nel bambino il dubbio o la convinzione di essere lui stesso la causa delle risposte dell'adulto, quindi una fonte di pericolo da cui proteggere gli altri.

Si ha invece una risposta "spaventante" quando il caregiver reagisce alla richiesta di avvicinamento del bambino con un attacco. L'adulto che dovrebbe essere fonte di protezione, calma, rassicurazione e a cui il bambino si rivolge quando sperimenta una tensione interna o è sottoposto a stimoli esterni ansiogeni o pericolosi, è egli stesso fonte di pericolo, di tensione, di paura.

Talvolta ciò avviene in reazione alle richieste o ai comportamenti del bambino che l'adulto disturbato non riesce a gestire, altre volte anche indipendentemente dal comportamento del bambino e in modo imprevedibile. Quindi la rappresentazione di sé e del mondo che il bambino andrà costruendosi sarà quella di essere costantemente in pericolo perché la fonte di protezione rispetto ai pericoli è essa stessa pericolosa.

Siamo di fronte ad una situazione paradossale, anzi, più precisamente, doppiamente paradossale.

Il primo paradosso è dato appunto dal fatto che il bambino si trova a cercare conforto e calma proprio nella fonte della tensione. E nel caso del caregiver maltrattante o abusante, la figura di attaccamento non solo è fonte di tensione, ma anche di pericolo.

Il secondo paradosso consiste nel fatto che le interazioni con un caregiver di questo tipo sono caratterizzate non solo e non sempre da modalità spaventate o spaventanti, ma anche da momenti in cui la relazione funziona in maniera sufficientemente adeguata: possono essere presenti anche dimostrazioni di affetto, di interesse e comportamenti protettivi. Ma a questi momenti di "apparente normalità", si alternano incoerentemente atteggiamenti di aggressività, violenza, abuso, o distanziamento, trascuratezza, assenza di sintonizzazione, angoscia.

I comportamenti del caregiver risultano dunque non solo imprevedibili, ma anche contraddittori.

La ripetizione di queste risposte contraddittorie mina la capacità di regolazione emotiva, il senso di sicurezza e fiducia e genera inevitabilmente nel bambino rappresentazioni di sé, dell'altro e del mondo esse stesse contraddittorie, incompatibili, che si escludono reciprocamente e che tenderanno a rimanere separate/segregate, non integrabili in un unico schema coerente.

Per utilizzare ancora una terminologia bowlbyana, i bambini che sperimentano un attaccamento disorganizzato svilupperanno modelli operativi interni (MOI) [12] basati su rappresentazioni mentali di Sé e della figura di attaccamento molteplici e contraddittorie, diventando chiari fattori di rischio per lo sviluppo della sintomatologia dissociativa e dei disturbi dissociativi.

Ciò rappresenta un cambio di prospettiva rispetto alla classica visione psicoanalitica: la dissociazione non sarebbe un meccanismo di difesa rispetto al trauma e alle sue reminiscenze, ma una conseguenza di esperienze relazionali originarie traumatiche sul piano delle rappresentazioni mentali, dei processi di integrazione del Sé e del conseguente funzionamento psichico.

Tali fenomeni e processi psichici ben si prestano ad essere colti e tradotti anche all'interno dell'impianto teorico della Psicologia Individuale: è nell'esperienza relazionale primaria sana con le figure di accudimento che il bambino sperimenta la *tenerezza primaria* [1; 19], attraverso una serie di scambi di reciprocità che permettono al bambino di sentirsi riconosciuto, oggetto di attenzioni e soddisfatto nei propri bisogni fisiologici ed emotivi.

Questo consente la costituzione di una matrice nutritiva interna primaria, generata dall'interiorizzazione del modello relazionale primario, che fa da nutrimento del Sé, da matrice per le relazioni che il bambino inizia ad instaurare e da principio organizzatore dell'identità del soggetto. Su questa base si costruiscono le rappresentazioni di sé, dell'altro e della realtà che vanno a costituire il nocciolo dello Stile di Vita del soggetto [4; 20]: l'impronta unica e irripetibile di ciascun individuo è data dal suo *modus vivendi*, cioè il modo di interpretare e vivere se stesso, gli altri e il mondo e dal *modus operandi*, cioè il modo di muoversi nella realtà conseguente a tali rappresentazioni interne soggettive.

Gravi carenze (trascuratezza o maltrattamento) nelle relazioni primarie con le figure di accudimento [3] possono portare ad alterazioni significative nel processo di costruzione delle rappresentazioni interne di sé, degli altri e del mondo, e all'impossibilità di giungere ad una visione integrata e coerente, con conseguente strutturazione di uno Stile di Vita disarmonico e disadattivo, generatore di un possibile quadro psicopatologico.

Per quanto riguarda la tipologia delle esperienze traumatizzanti all'interno delle relazioni primarie e il loro effetto sul funzionamento mentale dei bambini e degli adolescenti, una ricerca di Dutra e Lyons-Ruth del 2005 [16], condotta su un campione di bambini seguiti dalla nascita fino ai 19 anni di età, ha messo in evidenza un aspetto molto interessante: contrariamente a quanto ci si potesse aspettare, le condotte "spaventanti", maltrattanti, aggressive, abusanti delle figure di attaccamento, non sono risultate così altamente correlate con lo sviluppo di sintomi dissociativi o disturbi

dissociativi nei figli, quanto invece le condotte di ritiro del contatto emotivo, di mancata risposta agli avvicinamenti dei bambini, di trascuratezza, di carenza di sintonizzazione.

Da qui l'importanza di considerare non solo i comportamenti che più comunemente vengono identificati come maltrattanti (come le condotte eclatanti di violenza fisica e abuso sessuale), ma anche la qualità delle cure precoci in modo più ampio, con particolare attenzione alla mancanza di disponibilità emozionale delle figure di attaccamento nei confronti dei bisogni emotivi dei bambini (a cui i ricercatori hanno dato il nome di "traumi occulti dell'infanzia").

Questa mancanza di disponibilità emozionale può prendere la forma della trascuratezza o del maltrattamento emozionale (sminuire, denigrare, umiliare, isolare): la prima come modalità passiva, la seconda come modalità attiva di non riconoscimento, validazione e soddisfacimento dei bisogni evolutivi del bambino.

A differenza delle forme di maltrattamento più clamorose come il maltrattamento fisico e l'abuso sessuale, la trascuratezza e il maltrattamento emozionale spesso passano inosservati a livello sociale e talvolta anche agli occhi del professionista psicoterapeuta. Per questo, nelle valutazioni psicodiagnostiche, è opportuna un'indagine approfondita delle condotte e degli schemi di interazione tra adulto e bambino.

A tal proposito Alfred Adler [3] è stato un vero antesignano nel fornire una serie di indicazioni per osservare e rilevare le modalità relazionali della diade mamma-bambino e le manifestazioni emotive e comportamentali tipiche del *bambino trascurato*. "I piccoli trascurati non hanno mai sperimentato la vicinanza di una persona degna di fiducia (...). Questi fanciulli non hanno mai avuto la possibilità di sapere cosa può significare affetto e cooperazione, così la loro esperienza non può avvalersi di queste due forze (...). Hanno trovato la società fredda nei loro confronti e si aspettano che rimanga sempre tale" (7, pp. 414-415).

Secondo il pensiero del padre della Psicologia Individuale, poi sviluppato anche da R. Dreikurs [14; 15], il bambino trascurato tenderà a mettere in atto una serie di comportamenti disadattivi che vanno dall'attirare l'attenzione su di sé non ricevuta spontaneamente, al chiudersi passivamente non affrontando i compiti vitali per effetto di un profondo scoraggiamento basato su un complesso di inferiorità (talvolta iper-compensato nella forma di un complesso di superiorità), all'agire in maniera aggressiva o sadica per vendetta rispetto ai torti subiti.

Caso clinico: Giulio, 8 anni

Un'esemplificazione clinica può meglio chiarire le dinamiche dell'attaccamento disorganizzato e le conseguenze dissociative sul funzionamento psichico di un bambino. Giulio giunge in psicoterapia all'età di 8 anni. Ha subito abusi sessuali reiterati da parte del padre presumibilmente dai 4 ai 6 anni di età. Il padre è stato successivamente denunciato dalla madre, allontanato, processato, condannato e incarcerato.

Giulio si presenta come un bambino tranquillo, piuttosto controllato, un po' rigido con se stesso e con gli altri, preciso, studioso, con qualche aspetto di ossessività rispetto all'ordine e alla pulizia.

A scuola il rendimento è molto buono, il bambino è attento e partecipe, ma ci sono momenti in cui sembra assentarsi, "staccare la spina" come dicono gli insegnanti, mantenendo una postura rigida e gli occhi sbarrati; quando richiamato, "si risveglia" e non ricorda che cosa sia successo prima, cosa stesse facendo o a cosa stesse pensando. Le insegnanti notano che questo succede tendenzialmente quando capita a loro di dover alzare la voce per riprendere qualche compagno o quando qualche bambino mette in atto comportamenti aggressivi o prepotenti.

A casa Giulio è un bambino sostanzialmente adeguato ed educato, anche se permaloso e rigido: non è facile convincerlo a cambiare idea o adattarsi a qualcosa che non aveva previsto o che non si svolge secondo le sue aspettative.

A questo proposito, la mamma riporta che, in alcune di queste occasioni, si presentano manifestazioni emotive e comportamentali che vanno decisamente oltre la "normale" rabbia da frustrazione. Racconta di alcuni episodi in cui, non avendo per qualche motivo risposto a qualche sua richiesta o non essendosi accorta di qualche suo bisogno, Giulio accusa e lamenta improvvisamente fortissimi mal di testa ed immediatamente dopo "scoppia" in crisi di rabbia molto intense, in cui diventa fortemente aggressivo verso la mamma e incontenibile. Si calma solo dopo parecchi minuti e ritorna alla normalità, comportandosi poi come se non fosse avvenuto nulla.

Queste particolari manifestazioni comportamentali appena descritte presentano le tipiche caratteristiche dei sintomi dissociativi. A scuola si sviluppano sintomi negativi: uno stato di "assenza", di disconnessione, simile allo stato di "trance", con postura e mimica fissa. Ipotizziamo che uno stimolo trigger (la maestra che alza la voce o il comportamento aggressivo di un bambino) faccia da innesco a schemi di difesa adottati dal bambino abusato: il congelamento, il blocco comportamentale ed emotivo, l'anestetizzazione, la fuga del pensiero.

A casa si presentano invece sintomi positivi: manifestazioni dolorose somatiche improvvise e reazioni emotive e comportamentali abnormi, in discontinuità con lo stato emotivo e i comportamenti precedenti e successivi. Ipotizziamo l'irruzione di una parte dissociativa del bambino, caratterizzata da una forte rabbia nei confronti della mamma che non si accorge di quello che sta succedendo, così come accadeva ai tempi delle esperienze traumatiche.

Questi aspetti verranno ripresi nei prossimi paragrafi in relazione ai meccanismi e alle manifestazioni psichiche dissociative, in linea con la teoria della dissociazione strutturale della personalità. Ciò che si vuole qui evidenziare, in relazione alle dinamiche intrapsichiche ed eteropsichiche derivanti dall'attaccamento disorganizzato, è la doppia esperienza paradossale che Giulio ha vissuto nella relazione con la figura paterna e di quanto questa abbia avuto un effetto pesantissimo sul processo di sviluppo e di integrazione delle rappresentazioni di sé e dell'altro.

Questo è risultato molto evidente nei giochi simbolici e nelle storie inventate portate in seduta da Giulio e, insieme allo psicoterapeuta, messe in scena. Per diversi mesi Giulio ha ripetutamente proposto storie da lui inventate i cui protagonisti sono uomini posseduti da diavoli, re buoni che repentinamente diventano persecutori del loro popolo, persone che si mascherano e diventano improvvisamente cattive, personaggi ambigui che ora sono amici, ora sono nemici in modo inaspettato e incomprensibile, fratelli gemelli di cui uno bravo e l'altro criminale, che si danno il cambio senza possibilità di distinguere quando sia in scena l'uno o l'altro. E le reazioni emotive dei co-protagonisti sono ora di spavento e blocco, ora di rabbia e aggressività incontenibile.

Tali scenari ossessivamente ripetuti nei giochi spontanei di Giulio sono la chiara rappresentazione, attraverso il linguaggio simbolico, dei vissuti di profondo disorientamento e angoscia derivanti dal non riuscire a mettere insieme/integrare esperienze tra loro inconciliabili: il padre affettuoso e il padre abusante. È il doppio paradosso dell'attaccamento disorganizzato: colui che dovrebbe proteggere è di fatto l'aggressore (primo paradosso), e presenta al contempo comportamenti sufficientemente adeguati, se non addirittura affettuosi nella vita quotidiana pubblica (come di fatto è stato descritto anche dalla madre nei colloqui anamnestici), in netta contraddizione con i comportamenti abusanti dei momenti privati (secondo paradosso).

Viene messa in scena la rappresentazione di due immagini del padre inconciliabili, e al contempo la rappresentazione di parti di sé dissociate: il bambino che vive una quotidianità apparentemente normale in famiglia e il bambino che vive l'aggressione del padre, il bambino vittima immobilizzata e il bambino sopraffatto dalla rabbia.

È stata proprio la ripetizione di questi giochi e i progressivi sviluppi degli stessi che nel tempo si sono presentati e sono stati favoriti, insieme ad altre azioni terapeutiche rivolte al bambino e al contesto (madre e insegnanti), a permettere a Giulio di fare

qualche passo in avanti verso l'integrazione delle parti di sé. Quei giochi e quelle narrazioni hanno permesso di rappresentare, dare forma e dare voce all'indicibile, a ciò che non era in alcun altro modo esprimibile, quindi bloccato e dissociato.

La possibilità di mettere in scena le immagini contraddittorie del padre in una situazione di protezione e contenimento emotivo, l'espressione, il riconoscimento e la legittimazione di parti di sé rabbiose e spaventate, lo sperimentare la presenza di qualcuno disposto a vivere con lui e ad aiutarlo a collocare ed elaborare quegli stati emotivi di disorientamento e angoscia vissuti di fronte alle esperienze paradossali, la rassicurazione derivata dal sentirsi capito e al sicuro nella relazione terapeutica e nella realtà quotidiana attuale, il coraggio via via crescente dei personaggi delle storie inventate nel fronteggiare attivamente le situazioni di pericolo, sono stati ingredienti che hanno accompagnato il percorso terapeutico verso l'integrazione e il rinforzo di sé.

Dopo parecchi mesi di faticose sedute occupate da giochi simili a quelli appena descritti, Giulio propone un cambiamento di scenario: "Facciamo che io ero il bambino e tu il medico". Al terapeuta viene chiesto di fare la parte del medico che, dopo aver visitato a lungo il paziente/bambino, indica la cura per arrivare alla guarigione: il paziente deve ripercorrere la storia dell'umanità nelle sue varie epoche ed affrontare una serie di prove per diventare più forte e poter stare sempre meglio.

Ed ecco il paziente alle prese con la costruzione di una piramide al tempo degli Egizi, nei panni di un atleta olimpico al tempo degli antichi Greci, nelle vesti di un generale dell'esercito a combattere contro i Galli al tempo dei Romani, fino alla conquista dello spazio nel futuro. Questo gioco segna il passaggio dalla ripetizione dell'esperienza traumatica e delle parti dissociate di sé, alla possibilità di sentirsi attivo e protagonista nell'affrontare le sfide della vita, tra passato, presente e futuro.

IV. 2. La teoria della dissociazione strutturale della personalità

La teoria della dissociazione strutturale della personalità è stata sviluppata da Onno Van der Hart, Ellert Nijenhuis e Kathy Steele e pubblicata nel 2006 nel libro "Fantasmi del Sé. Trauma e trattamento della dissociazione" [42].

Questi autori partono dal concetto di dissociazione così com'era stato presentato nel 1907 da Pierre Janet [26], secondo cui, davanti a situazioni di stress estremo come lo sono le situazioni traumatiche, i "sistemi di idee" e le funzioni che compongono la struttura di personalità possono presentarsi separati, dissociati gli uni dagli altri.

L'espressione "sistemi di idee" viene sostituita dagli autori della dissociazione strutturale della personalità con il termine "sistemi psicobiologici", che includono pensieri, affetti, sensazioni e comportamenti, attraverso cui ci muoviamo nella realtà, affrontando aspetti diversi di essa, in un'ottica di adattamento. Il rimando al concetto adleriano di unità biopsichica [2] è immediato.

Secondo questi autori:

1. La personalità può essere intesa come una struttura composta da sistemi psicobiologici.

2. Questi sistemi psicobiologici vengono chiamati anche sistemi di azione perché di fatto si traducono in azioni mentali e comportamentali che contengono una propensione innata verso la sopravvivenza e l'adattamento: guidano l'individuo nel tendere verso/cercare esperienze positive e allontanarsi/evitare le esperienze avverse.

3. Si possono identificare due grandi categorie di sistemi di azione: i *sistemi di azione per la vita quotidiana* e i *sistemi di azione per la difesa*. I primi sono quelli che permettono all'individuo di adattarsi alla vita di ogni giorno nel modo migliore e di svolgere diverse funzioni fondamentali: ad esempio, il *sistema di attaccamento* permette al bambino di attivare la comunicazione con le figure primarie di accudimento con lo scopo di ricevere le cure e la protezione necessarie; attraverso il *sistema di esplorazione* il bambino sperimenta, prova interesse per stimoli nuovi, analizza, tocca, morde, conosce; il *sistema dell'interazione sociale* contiene tutte quelle azioni mentali e comportamentali relative all'interazione con gli altri, coetanei e adulti al di là delle figure di attaccamento; il *sistema della cura* organizza tutte quelle azioni e quelle emozioni che hanno a che fare con l'aiutare l'altro, occuparsi dell'altro, empattare, sostenere, ecc

I *sistemi di azione per la difesa*, invece, sono quelli legati alla sopravvivenza, che permettono all'individuo di affrontare e minimizzare il pericolo in quelle situazioni nelle quali si è attivata una risposta di allarme: possono prevedere *strategie difensive relazionali più evolute*, che tentano di ridurre il pericolo attraverso l'*ingaggio relazionale* con la fonte del pericolo o la *richiesta di protezione* alle figure di attaccamento, oppure *strategie difensive più primitive* di mobilitazione come l'*attacco* e la *fuga* o strategie difensive di immobilizzazione come il *congelamento* o la *resa/sottomissione*.

4. In una personalità sana e integrata i sistemi d'azione per la vita quotidiana e quelli per la difesa funzionano in maniera coordinata e integrata, attivandosi e disattivandosi a seconda delle necessità e inibendosi reciprocamente. Per esempio, quando siamo seduti a tavola e stiamo mangiando in famiglia, sono attivi alcuni sistemi di azione della vita quotidiana, costituiti da una serie di comportamenti, interazioni, affetti, sensazioni, che ci permettono di affrontare quella situazione ordinaria. Non siamo in quel momento in allarme, in attesa che entri un ladro o scoppi una bomba (il che richiederebbe l'attivazione di un sistema d'azione di difesa).

In questa situazione è il sistema d'azione della vita quotidiana quello che sta lavorando, mentre il sistema d'azione di difesa è "a riposo". Ma se all'improvviso sentiamo un rumore strano arrivare dalla porta, probabilmente ci alzeremo da tavola per andare a vedere cosa succede e cercheremo qualcosa con cui difenderci se sospettiamo che

sia entrato un estraneo. In questo caso inizia ad attivarsi il sistema d'azione di difesa e viene lasciato in sospenso il sistema d'azione della vita quotidiana. Se ciò non avvenisse, se continuassimo a stare a tavola tranquilli come se quel rumore non ci fosse stato, potremmo trovarci in posizione di svantaggio per difenderci dal pericolo. Se la verifica della presunta minaccia dà come risultato l'assenza di pericolo (per esempio il rumore era prodotto dal gatto dei vicini che voleva entrare in casa nostra), allora le azioni correlate al sistema di difesa lasceranno di nuovo spazio alle azioni interrotte del sistema della vita quotidiana.

Se invece la verifica evidenzia che c'è un reale pericolo (ad esempio sentiamo che qualcuno sta forzando la serratura), il sistema di difesa metterà in atto delle azioni legate al raggiungimento dell'obiettivo della sopravvivenza: l'attacco, la fuga, il congelamento o la sottomissione. In questo esempio i due ordini di sistemi sono integrati, cioè agiscono in maniera coordinata e coerente alla situazione e permettono di affrontare in maniera ottimale e flessibile ciò che si presenta nell'esperienza.

5. Quando invece un soggetto è stato esposto ad un pericolo importante in maniera prolungata e soverchiante rispetto alle capacità di integrazione (trauma), tanto più se è stato sperimentato in fasi precoci dello sviluppo in cui il processo di integrazione delle funzioni psichiche è ancora in sviluppo e tanto più se il pericolo proviene da una figura di attaccamento (attaccamento disorganizzato traumatico), non si sviluppa quella combinazione coordinata, coerente e integrata dei sistemi d'azione, ma si può produrre una dissociazione fra i sistemi stessi.

Essi non funzioneranno in maniera integrata e coordinata, ma in maniera rigidamente separata e dissociata, con l'irrompere veemente, in risposta ad uno stimolo trigger, delle azioni difensive, che interrompono bruscamente la vita quotidiana, producendo una discontinuità, senza possibilità di valutarne l'opportunità, la necessità e le modalità più funzionali in relazione all'effettiva pericolosità della situazione contingente.

Nel bambino con attaccamento disorganizzato vi è una costante percezione di essere in pericolo, che ha le sue basi in una condizione di carenza integrativa anche a livello di funzionamento delle strutture cerebrali, nel senso che le strutture più evolute, come già esposto nei paragrafi precedenti, rimangono subordinate all'attivazione permanente delle strutture più primitive messe al servizio della sopravvivenza.

La compromissione dell'integrazione dei sistemi di azione della vita quotidiana con i sistemi di azione della difesa implica che non avvenga un passaggio dagli uni agli altri in maniera coordinata e attraverso un processo di valutazione effettuato in modo integrato dalle diverse strutture cerebrali, ma vi sia una costante attivazione degli schemi di difesa (corrispondente all'attivazione delle strutture cerebrali più primitive) pronti ad entrare in azione e sostituire rigidamente, in maniera dissociata, gli schemi di azione in atto in quel momento.

Avverrà dunque che una serie di stimoli esterni, che in qualche modo presentano una vicinanza/similitudine all'esperienza traumatica o ad alcuni elementi di essa, diventeranno trigger, inneschi che fanno scattare, in maniera dissociata, gli schemi d'azione di difesa primitivi attivati nelle esperienze traumatiche, interrompendo e sostituendo immediatamente (*switch*) gli schemi più evoluti della vita quotidiana, come in una riedizione del trauma.

IV. 3. *Dinamiche dissociative tra parti di sé*

Aggiungiamo un ultimo aspetto teorico proposto dagli autori della teoria della dissociazione strutturale della personalità [42]. Partendo dal presupposto che le esperienze traumatiche producono un funzionamento dissociato dei due grandi gruppi di sistemi di azione (vita quotidiana e difesa), e dal momento che la personalità è costituita dall'insieme dei sistemi di azione, ne consegue che l'intera personalità del soggetto traumatizzato funzioni di fatto in maniera dissociata.

Secondo gli autori si verrebbero a delineare due livelli di funzionamento non integrati, due "parti" di sé dissociate: una parte "apparentemente normale" (ANP) che cerca di procedere nella vita quotidiana (attraverso gli schemi di azione corrispondenti) e un'altra parte, denominata "parte emozionale" (EP), che rimane fissata al tempo del trauma, quindi connessa agli schemi d'azione di difesa primitivi.

Talvolta si presentano anche più parti emozionali dissociate, i cui contenuti possono essere: le strategie difensive attivate nel momento del trauma per far fronte al pericolo (attacco, fuga, congelamento o sottomissione), le emozioni legate alla situazione traumatica o scaturite dalle strategie difensive, le sensazioni corporee derivate dall'esperienza traumatica oppure frammenti di ricordo dell'esperienza stessa.

Sulla base della tipologia e della quantità delle parti dissociate, gli autori propongono diversi livelli di dissociazione strutturale della personalità, che corrispondono a diversi gradi di gravità e che si sviluppano in base al maggiore o minore livello di integrazione della personalità pre-traumatica e al tipo, alla frequenza e alla durata degli eventi traumatici.

La *dissociazione strutturale primaria* è quella che segue il sistema bifasico, tipico del disturbo da stress post-traumatico, che prevede un'oscillazione tra riviviscenza del contenuto traumatico ed evitamento dello stesso. Quando si presenta uno stimolo che si associa in qualche modo all'esperienza traumatica (trigger), si attiva la parte emozionale, come se si stesse rivivendo la situazione traumatica nel qui ed ora. In seguito, si attiverà una risposta di evitamento di tutti gli stimoli o i ricordi associati al trauma, per poter procedere nella vita, in modo che la parte "apparentemente normale" possa riprendere e continuare la sua attività.

La dissociazione strutturale primaria si sviluppa quando il soggetto ha già raggiunto un certo livello di integrazione della personalità pre-traumatica e l'evento traumatizzante risulta di minore intensità o ripetitività.

Quando invece la traumatizzazione si presenta in età precoce, si ripete nel corso dello sviluppo e si cronicizza, come nella grande maggioranza delle situazioni di trauma interpersonale nel contesto delle cure primarie, si può produrre una dissociazione strutturale secondaria, caratterizzata solitamente dalla dissociazione tra una parte apparentemente normale e più parti emozionali associate alla traumatizzazione.

Per esempio, una parte emozionale può contenere le strategie difensive di congelamento o sottomissione che si erano attivate di fronte alla situazione di abuso da parte del padre, un'altra parte emozionale può contenere la rabbia nei confronti del padre stesso, un'altra parte ancora potrebbe contenere i bisogni di accudimento non soddisfatti e i vissuti di abbandono nei confronti della madre che non è intervenuta in modo protettivo, ecc.

La *dissociazione strutturale secondaria* è quella che sta spesso alla base dei Disturbi da stress post-traumatico complesso, dei disturbi borderline di personalità e di alcuni disturbi dissociativi.

Infine, quando la traumatizzazione interferisce gravemente e costantemente nelle aree di funzionamento quotidiano del bambino, è possibile che si produca anche una dissociazione tra diverse parti "apparentemente normali" oltre che tra diverse "parti emozionali": questa è la *dissociazione strutturale terziaria*, presente nel Disturbo Dissociativo dell'Identità vero e proprio.

Risulta particolarmente chiaro l'esempio proposto da Sandra Baita nel testo "Puzzle" [9], relativo ad un bambino che ha subito maltrattamenti fisici e abusi sessuali dal padre, con la peculiarità che i comportamenti del padre che precedevano i maltrattamenti fisici erano aggressivi ed ostili, mentre quelli che precedevano gli abusi sessuali erano caratterizzati da un avvicinamento amabile e tenero verso il figlio, tra cui il chiudersi in una stanza per fare "giochi da maschi", come la lotta, giochi che fungevano da transizione verso l'abuso sessuale.

Questo bambino, oltre a presentare parti emozionali dissociate di sottomissione in relazione all'abuso e di rabbia associata ai maltrattamenti, presenta anche due modalità diverse di funzionamento quando gioca da solo o con delle bambine, rispetto a quando gioca con i coetanei maschi. In questo secondo caso mette in atto condotte simili a quelle che avvenivano nei "giochi" con il padre, toccando i bambini nelle parti intime.

Dunque anche gli schemi di azione della vita quotidiana risultano condizionati dal trauma: si evidenzia una dissociazione tra più parti "apparentemente normali", oltre a quella con e tra le "parti emozionali".

È utile aggiungere un'ultima considerazione per quanto riguarda le dinamiche tra le parti dissociative nell'infanzia: la rigidità della separazione tra le parti, e in particolare le barriere amnesiche, sono minori nei bambini rispetto agli adulti.

Ciò significa che il contenuto traumatico della parte emozionale dissociata spesso si manifesta in maniera dirompente e produce una discontinuità nell'esperienza del bambino, ma in alcuni casi i bambini sono anche in grado di presentare e descrivere spontaneamente le loro parti dissociative, con verbalizzazioni del tipo “una parte di me dice o fa questo ... un'altra parte di me dice o fa quello”, oppure come “diversi sé” che agiscono in momenti differenti: “Paolo bravo”, “Paolo cattivo”, “Paolo arrabbiato”, “Paolo triste”, “Paolo spaventato”.

Talvolta i bambini ne parlano spontaneamente in maniera diretta, talvolta rispondendo a domande poste dal terapeuta, altre volte attraverso il gioco simbolico o i racconti di fantasia, attingendo all'immaginario [28].

Caso clinico: Luca, 7 anni

Luca ha 7 anni quando avviene la presa in carico psicoterapeutica. Fino ai 3 anni ha vissuto nella famiglia di origine, con un padre violento nei confronti della madre e in condizioni di trascuratezza. Inserito in comunità vi è rimasto fino all'età di 5 anni, con visite periodiche della mamma biologica. Dall'età di 5 anni viene accolto in affidamento da una giovane coppia e cessano gli incontri con la madre che risulta non essere in condizioni psichiche idonee per stare con il bambino.

Luca è un bambino iperattivo, inquieto, ipersensibile, come se fosse costantemente in allerta, controllante nei confronti degli adulti, con modalità di ostentata superiorità: “Questo lo so fare, questo lo so già, questo l'ho fatto mille volte, questo è facile”, a volte inventando di aver fatto o visto cose che in realtà non sono avvenute.

Quando qualcosa non va secondo le sue previsioni o sfugge al suo controllo, soprattutto quando le persone non si comportano come si aspetta, l'irrequietezza sale esponenzialmente: diventa agitato, teso, richiedente, lamentoso e capriccioso, come un bambino piccolo inconsolabile. Spesso si assiste ad un'escalation di queste modalità, fino al punto in cui Luca si chiude in se stesso, si estranea, talvolta si mette in posizione fetale, con il dito in bocca.

Ipotizziamo che si possa trattare di una parte emozionale dissociativa: il bambino piccolo, trascurato, spaventato, solo, impotente, in allerta per la violenza del padre nei confronti della madre, preoccupato che possa succedere qualcosa di irrimediabile, non accudito, non visto nei suoi bisogni di bambino, non protetto.

Nella prima seduta di psicoterapia, Luca dice spontaneamente al terapeuta di essere un “bambino agitato”, spesso ripreso dalle insegnanti e dai genitori, ma aggiunge che le cause di questo comportamento stanno nella sua “tristezza”. Spiega meglio affermando che è triste per due motivi principali: prima di tutto perché la sua “vera mamma” non è quella che lo accompagna alle sedute, ma un’altra che “è morta perché è caduta nel bagno quando io non c’ero” (in realtà la madre non è morta e questo è stato più volte spiegato al bambino dai genitori affidatari).

Luca racconta che, nel periodo in cui era in comunità, andava ancora qualche volta a trovare la madre a casa sua per “controllare che non venissero i ladri”: la madre viveva da sola e non si sarebbe saputa difendere, mentre lui, anche se piccolo, era già molto forte.

Continua a raccontare dicendo che un giorno non è riuscito ad andare a trovarla e la madre è caduta nel bagno, si è ferita e ha sanguinato molto: urlava e lui la sentiva dalla comunità, ma non poteva raggiungerla e alla fine è morta. L’altro motivo della sua tristezza è che vorrebbe tanto un fratellino, ma la mamma affidataria “non riesce a farlo nascere”. Luca spiega che non ce la fa perché è troppo “stressata”: infatti per stare dietro a lui “deve faticare molto e non può stare mai tranquilla”.

Già dalla prima seduta abbiamo un quadro molto chiaro delle rappresentazioni mentali del bambino che stanno alla base del suo funzionamento psichico e delle manifestazioni comportamentali. È evidente che tali rappresentazioni sono costruzioni mentali del bambino che traggono spunto da elementi della realtà e da tracce di ricordo, rielaborate sulla base dei suoi vissuti emotivi fino a giungere a pesanti distorsioni o addirittura a costruzioni del tutto arbitrarie e originali.

Esse, tuttavia, sono così radicate nel bambino da costituire convinzioni profonde, che resistono ad ogni tentativo di spiegazione e chiarificazione: a Luca è stato più volte detto che la madre biologica non è morta e che la madre affidataria non può avere figli per un problema fisico che non ha nulla a che fare con il suo comportamento. Nessuna spiegazione scalfisce queste convinzioni di base.

Ciò avviene probabilmente perché tali rappresentazioni di sé, degli altri e del mondo non sono altro che costruzioni mentali che danno forma, rappresentano attraverso immagini descrivibili e comunicabili, vissuti profondi assolutamente “veri” per il bambino.

La percezione della fragilità della madre naturale che l’ha abbandonato perché non riusciva a badare a lui e a se stessa, il senso di colpa per aver lasciato da sola la madre, la rabbia verso la madre stessa che si traduce nella rappresentazione della sua morte violenta, il desiderio compensatorio di essere forte e di poter salvare gli altri, il senso di colpa nei confronti della madre affidataria per i suoi comportamenti inadeguati (che

forse cela un più antico senso di colpa nei confronti della madre naturale che l'ha abbandonato anche a causa del suo comportamento) sono tutti vissuti assolutamente "veri" che il bambino trova il modo di rappresentare servendosi di immagini e racconti non riscontrabili sul piano della realtà.

Il lavoro psicoterapeutico con Luca è partito proprio da qui: non si trattava di persuadere il bambino circa l'erroneità delle sue convinzioni, ma di condividere la "verità" dei suoi vissuti e lavorare su questi affinché potessero essere rappresentati, condivisi, elaborati, integrati, ridefiniti. L'uso del gioco simbolico in psicoterapia, anche in questo caso, è risultato molto utile perché ha permesso al bambino, attraverso l'invenzione di storie raccontate ed interpretate da personaggi di una famiglia all'interno di una casa, di rappresentare i vissuti di base prima evidenziati e le diverse parti di sé, per vederne poi possibili evoluzioni e trasformazioni, con nuove attribuzioni di significato.

Ad esempio, Luca è partito dal mettere in scena un bambino di due anni onnipotente, che salva tutti i familiari dai ladri, dagli assassini, dagli animali feroci, da un incendio, ecc., fino ad arrivare a rappresentare lo stesso bambino che inizia a potersi permettere di dire che è piccolo, che ha paura, che è terrorizzato, che si sente solo, che ha bisogno di aiuto e che lo chiede a degli adulti che via via si mostrano sempre un po' più capaci di fare gli adulti, di prendersi cura, di occuparsi loro di proteggere il bambino dai pericoli e non viceversa.

La "parte apparentemente normale" (potremmo dire utilizzando le concettualizzazioni degli autori della dissociazione strutturale della personalità), che deve presentarsi come forte, coraggiosa, superiore, capace, potente che Luca di fatto impersonificava inizialmente in modo compensatorio per convincersi di riuscire a vivere ed affrontare le difficoltà nonostante i traumi subiti, e rappresentava nel gioco simbolico con il bambino onnipotente, lascia progressivamente spazio alla "parte emozionale" dissociata del bambino piccolo e angosciato che si manifesta nella realtà negli episodi dissociativi regressivi e prende via via forma e voce nel gioco simbolico attraverso la rappresentazione di un bambino piccolo, spaventato, impaurito, bisognoso di protezione.

Bambino che inizia progressivamente a sentire di poter ricevere, nella realtà attuale di famiglia in cui vive ora, gli accudimenti, la protezione e il contenimento necessari che consentano di contattare, tollerare e integrare le parti dissociate nella rappresentazione globale di sé, anche alla luce delle elaborazioni svolte in seduta e dell'esperienza relazionale terapeutica

Conclusioni

I recenti studi sulla dissociazione infantile, a cui il presente articolo fa riferimento, permettono di sviluppare una visione del fenomeno più ampia e approfondita, sebbene ancora in divenire, alla luce di solidi riferimenti teorici, delle evidenze cliniche e delle scoperte neuroscientifiche.

In particolare risulta interessante e promettente dal punto di vista della ricerca, ma anche della diagnosi e della terapia dei disturbi in età evolutiva, riconoscere i meccanismi neurobiologici di base e le complesse dinamiche psichiche conseguenti alle esperienze traumatiche precoci e cumulative vissute all'interno dei legami di attaccamento, da cui si possono generare non solo costellazioni di sintomi (tra cui quelli dissociativi), ma anche effetti profondi nel processo di costruzione del senso di sé dell'individuo, rendendo la dissociazione un assetto strutturale della personalità.

La Psicologia Individuale offre un contenitore teorico di riferimento ed una visione dell'uomo nel suo processo evolutivo ed esistenziale che ben accoglie ed integra le concettualizzazioni più moderne, anche afferenti a modelli teorici differenti, evidenziando sia i fattori eziologici, sia le possibili traiettorie di sviluppo della personalità e dei quadri clinici, in una concezione che supera le visioni rigidamente deterministiche e organicistiche, per abbracciare un'idea di individuo capace di autoorientarsi nella vita, in continua interazione dinamica con il contesto.

Le acute intuizioni di Alfred Adler hanno da subito posto l'attenzione sull'osservazione dei processi di crescita agli albori della vita: sin dall'inizio della sua teorizzazione, il padre della Psicologia Individuale parla di relazioni primarie, bisogno di tenerezza, reciprocità affettiva, costellazioni familiari, relazioni vizianti, trascuranti, maltrattanti, ecc.

Le esperienze e le dinamiche infantili sono considerate un fattore significativo che contribuisce alla costruzione del Sé e dello Stile di vita del soggetto, ma ciò avviene all'interno di una visione che contempla diverse possibili declinazioni ed evoluzioni della storia relazionale primaria e la possibilità che essa venga rivisitata, modellata, contenuta e ridefinita da esperienze di vita successive, che possono compensare o moderare quelle primarie. Ciò d'altronde risulta in linea con il concetto di "plasticità del cervello" introdotto molti anni dopo dalle ricerche neuroscientifiche [38].

In tal senso, di fondamentale importanza risultano gli interventi preventivi, educativi e terapeutici. L'individuazione precoce delle situazioni ambientali sfavorevoli, l'intervento tempestivo ed efficace di supporto al contesto o di sottrazione del minore da relazioni trascuranti o maltrattanti, la preparazione e l'attenzione degli operatori delle agenzie educative (scuola, famiglie affidatarie, comunità, ecc.) alla decodifica dei segnali di malessere e dei bisogni evolutivi, i percorsi psicoterapeutici ad hoc effettuati

da professionisti con formazione adeguata, la costruzione di reti socio-sanitario-educative e di sinergie virtuose, costituiscono condizioni essenziali che possono sostenere evoluzioni positive o riduzioni del danno, facendo leva sulle risorse e le energie vitali dei bambini.

Come sosteneva Adler, ogni soggetto è al tempo stesso “opera ed artista” [7]: il bambino, sin dagli albori della sua vita, vive soggettivamente le sue esperienze ed è in grado di esprimere pensieri e valutazioni sulle situazioni relazionali ed emotive che affronta, successivamente allineati verso la propria meta direttrice. Tale allineamento osserverà un movimento creativo, individuale e soggettivo nell’assegnazione dei significati e nell’individuazione delle mete.

“Né i dati biologici, né i dati ambientali sono prioritari come potevano esserlo per le vecchie dispute, quanto la capacità costruttiva e creativa della persona che supera il biologico e l’ambientale poiché utilizza creativamente e originalmente questi dati per orientarsi nell’esistenza” [35].

A livello diagnostico e terapeutico, secondo le linee del pensiero individual-psicologico, risulta dunque di fondamentale importanza approfondire e conoscere il quadro di funzionamento psicologico del bambino (al di là della classificazione nosografica del disturbo), a partire dal quale porre fiducia e rinforzo alle “parti sane” e attivare possibilità di esperienze relazionali protettive e costruttive, promotrici di una possibile bonifica, ridefinizione e integrazione delle rappresentazioni di sé, degli altri e della realtà, con conseguente riassetto e ri-orientamento delle energie vitali sul “lato utile della vita” [21].

“Un giorno d’inverno, mentre una spessa coltre di neve copriva la terra, un povero ragazzo fu mandato a cercare della legna. Dopo averla raccolta, siccome sentiva molto freddo, prima di rincasare decise di accendere un fuoco per riscaldarsi un po’. Sul terreno, dove la neve si era sciolta, vide una chiave d’oro. Ritenendo che dove c’è una chiave non possa non esserci anche una serratura, scavò e scavò finché trovò una piccola scatola di ferro. ‘Se con questa chiave riesco ad aprirla’ pensò, ‘di sicuro dentro troverò qualcosa di grande valore’. Così si mise a cercare il buco della serratura, ma non riusciva a trovarlo. Alla fine lo vide, ma era così piccolo che lo si poteva appena vedere. Provò la chiave e questa entrò perfettamente. La girò una volta e ... adesso dobbiamo aspettare che sollevi il coperchio per sapere quali grandi meraviglie la scatola contiene” (22, p. 652).

Bibliografia e Sitografia

1. ADLER, A. (1908), Das Zärtlichkeitsbedürfnis des Kindes, in ADLER, A., FURTMÜLLER, C. (a cura di, 1914), *Heilen und Bilden*, Reinhardt, München.
2. ADLER, A. (1912), *Über den nervösen Charakter: Grundzüge einer vergleichenden Individual-Psychologie und Psychotherapie*, tr. it. *Il temperamento nervoso: principi di psicologia individuale comparata e applicazioni in psicoterapia*, Astrolabio, Roma 1950.
3. ADLER, A. (1930), *Die Seele des Schwererziehbaren Schulkindes*, tr. it. *Psicologia del bambino difficile*, Newton Compton, Roma 1973.
4. ADLER, A. (1933), *Der Sinn des Lebens*, tr. it. *Il senso della vita*, De Agostini, Novara 1990.
5. AINSWORTH, M. D. (1978), *Patterns of Attachment*, tr. it. *Modelli di attaccamento e sviluppo della personalità*, Raffaello Cortina, Milano 2006.
6. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (2013), *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*, tr. it. *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali – Quinta edizione*, Raffaello Cortina, Milano 2015.
7. ANSBACHER, H. L. (1956), *The Individual Psychology of Alfred Adler*, tr. it. *La Psicologia Individuale di Alfred Adler: Il pensiero di Alfred Adler attraverso una selezione dei suoi scritti*, Psycho-G. Martinelli, Firenze 1997.
8. BAITA, S. (2009), Prefazione. Verso una definizione di “trauma evolutivo”: quale futuro?, in ARDINO, V. (a cura di), *Il disturbo post-traumatico nello sviluppo*, Edizioni Unicopli, Milano 2009: 325-333.
9. BAITA, S. (2015), *Rompecabezas. Una guía introductoria al trauma y la disociación en la infancia*, tr. it. *Puzzles. Una guida introduttiva al trauma e alla dissociazione nell'infanzia*, Mimesis Edizione, Milano 2018.
10. BERNSTEIN, E. M., PUTNAM, F. W. (1986), Development, reliability, and validity of a dissociation scale, *Journal of Nervous and Mental Disease*, 174: 727-735.
11. BOWLBY, J. (1969), *Attachment and loss, vol. I: Attachment*, tr. it. *Attaccamento e perdita, vol. I: L'attaccamento alla madre*, Bollati Boringhieri, Torino 1999.
12. BOWLBY, J. (1988), *A Secure Base: Parent-child Attachment and Health Human Development*, tr. it. *Una base sicura*, Raffaello Cortina, Milano 1989.
13. CARLSON, E. A., YATES, T. M., SROUFE, L. A. (2009), Dissociation and development of the Self, in DELL, P. F., O'NEIL, J. A. (2009), *Dissociation and the Dissociative Disorders. DSM-V and beyond*, Routledge, New York, pp. 39-52.
14. DREIKURS, R. (1950), The immediate purpose of children's misbehavior, its recognition and correction, *Int. Z. Indiv. Psychol.*, 19: 70-87.
15. DREIKURS, R. (1957), *Psychology in the Classroom A Manual for Teachers*, Harper & Row, New York, tr. it. *Psicologia in classe. Manuale pratico per i maestri*, Editrice Universitaria, Firenze 1961.
16. DUTRA, L. LYONS-RUTH, K. (2005), Maltreatment, maternal and child psychopathology, and quality of early care as predictors of adolescents' dissociation, *Congress of the Society for Research in Child Development*, Atlanta.
17. ERIKSON, E. H. (1963), *Childhood and Society*, tr. it. *Infanzia e Società*, Armando Editore, Roma 1966.

18. FELITTI, V., ANDA, R., NORDENBERG, D., WILLIAMSON, D. (1998), Adverse childhood experiences and health outcomes in adults: the ace study, *J. Fam. Consum. Sci.*, 90(3): 31.
19. FERRIGNO, G. (2004), L'intersoggettività fra "Adlerismo" e "Teoria della mente", Editoriale, *Riv. Psicol. Indiv.*, 56: 3-8.
20. GRANDI, L. G. (2016), *Amore e Psyche. Percorsi di psicoterapia Individual-psicologica*, Effatà Editrice, Cantalupa (TO).
21. GRANDI, L. G. (2019), *Se questo è un Altro*, Effatà Editrice, Cantalupa (TO).
22. GRIMM, J., GRIMM, W. (1992), *Fiabe*, Einaudi, Torino.
23. HERMAN, J. (1997), *Trauma and Recovery. The Aftermath of Violence from Domestic Abuse to Political Terror*, tr. it. *Guarire dal trauma*, Ma.Gi., Roma 2005.
24. HOWELL, E. F., BLIZARD, R. A., (2009), Chronic Relational Trauma Disorders: a new diagnostic scheme for borderline personality and the spectrum of dissociative disorders, in DELL, P. F., O'NEIL, J. A., *Dissociation and dissociative Disorders. DSM-V and beyond*, Routledge, New York 2009: 495-510.
25. ISSTD – International Society for the Study of Trauma and Dissociation (2004), Guidelines for the Evaluation and Treatment of Dissociative Symptoms in Children and Adolescent, in *Journal of Trauma and Dissociation*, 5 (3): 119-150.
26. JANET, P. (1907), *The Major Symptoms of Hysteria*, Macmillan, London/New York.
27. KOHUT, H. (1977), *The Restoration of the self*, International Universities Press, New York, tr. it. *La guarigione del Sé*, Bollati Boringhieri, Torino 1980.
28. LERDA, G. S. (2021), Mondo interno, immaginario e relazione terapeutica, in BASTIANINI, A. M. (a cura di), *Bambini in psicoterapia*, Carocci editore, Roma 2022, pp. 77-89.
29. MAIN, M., SOLOMON, J. (1986), Discovery of an insecure disoriented attachment pattern: procedures, findings and implications for the classification of behavior, in BRAZELTON, T., YOUNGMAN, M., *Affective Development in Infancy*, Ablex, Norwood.
30. MAIN, M., HESSE, E. (1992), Attaccamento disorganizzato/disorientato nell'infanzia e stati mentali dissociati dei genitori, in AMMANITI, M., STERN, D. N. (a cura di, 1992), *Attaccamento e psicoanalisi*, Editori Laterza, Roma.
31. NCTSN DSM V Developmental Trauma Taskforce (2008), *Complex Trauma in the National Child Traumatic Stress Network*, disponibile su <http://www.NCTSN.org>.
32. NIJENHUIS, E. (2005) "What is a dissociation?", *20ª Conferenza Internazionale ISSTD*, Chicago.
33. ORGANIZZAZIONE MONDIALE DELLA SANITÀ (1992), *ICD-10/Decima revisione della classificazione internazionale delle sindromi e disturbi psichici e comportamentali*, Masson, Milano.
34. PERRY, B. (2009), Examining child maltreatment through a neurodevelopmental lens: clinical application of the neurosequential model of therapeuticism, in *"Journal of loss and trauma"*, 14: 240-255.
35. PONZIANI, U., *Il concetto di sé/stile di vita*, http://www.styleoflife.it/psicoterapia_pon_000007.htm.

36. READ, J., GOODMAN, L., MORRISON, A., ROSS, C., ADERHOLD, V. (2006), Trauma infantil, pèrdua y estrès, in READ, J., MOSHER, L., BENTALL, R. (a cura di), *Modelos de locura*, Editorial Herder, Barcelona 2006: 271-305, traduzione spagnola di *Models of Madness: Psychological, Social and Biological Approaches to Schizophrenia*, Routledge, New York 2004.
37. SCHAFER, I., ROSS, C., READ, J. (2008), Childhood trauma in psychotic and dissociative disorders, in MOSKOWITZ, A., SCHAFER, I., DORAHY, M. (a cura di), *Psychosis, Trauma and Dissociation. Emerging perspectives on severe psychopathology*, Wiley-Blackwell, Hoboken 2008, pp. 137-150.
38. SIEGEL, D. J. (1999), *The developing mind: toward a neurobiology of interpersonal experience*, tr. it. *La mente relazionale*, Raffaello Cortina, Milano 2013.
39. SIEGEL, D. J., (2011), *Mindsight: the new science of personal transformation*, tr. it. *Mindsight: la nuova scienza della trasformazione personale*, Raffaello Cortina, Milano 2011.
40. STIEN, P., KENDALL, L. (2004), *Psychological Trauma and the Developing Brain. Neurologically Based Interventions for Troubled Children*, Haworth Press, New York, 2004.
41. STOLBACH, B. C., DOMINGUEZ, R., ROMPALA, V., GAZIBARA, T., FINKE, R. (2009), Complex Trauma Histories, PTSD and Developmental Trauma Disorder in Traumatized urban Children, 25° Conferenza ISTSS (*International Society for the Traumatic Stress Studies*), Atlanta.
42. VAN DER HART, O., NIJENHUIS, E. R. S., STEEL, K. (2006), *The haunted self: structural dissociation and the treatment of chronic traumatization*, tr. it. *Fantasmismi nel sé. Trauma e trattamento della dissociazione strutturale*, Raffaello Cortina Editore, Milano 2011.
43. VAN DER KOLK, B. A. (1996), *The body keeps the score. Approaches to the Psychobiology of Posttraumatic Stress Disorder*, tr. it. *Il corpo accusa il colpo. Mente, corpo e cervello nell'elaborazione delle memorie traumatiche*, Raffaello Cortina, Milano 2015.
44. VAN DER KOLK, B. A. (2005), *Developmental Trauma disorder: toward a rational diagnosis for children with complex trauma histories*, in "Psychiatric Annals", 35(5): 401-408.
45. VAN DER KOLK, B. A., PYNOOS, R. S., CICCHETTI, D., CLOYTRE, M., D'ANDREA, W., FORD, J. D., LIEBERMAN, A. F., PUTNAM, F. W., SAXE, G., SPINAZZOLA, J., STOLBACH, B. C., TEICHER, M. (2009), *Proposal to include Developmental Trauma Disorder Diagnosis for Children and Adolescents in DSM V*, Final version, February 2, 2009, scaricabile da: www.traumacenter.org/announcements/drd/papers_oct_09.pdf.

Gian Sandro Lerda
Corso Nizza 9
I-12100 Cuneo
E-mail: lerda.gs@icloud.com

Enrica Cavalli
Corso Quintino Sella 52
I-10131 Torino
E-mail: ecavalli@saiga.it

Case Study. Prospettive di natura transculturale nella clinica con nuove tipologie di adolescenti

ALBERTO MALFATTI

Summary – CASE STUDY. TRANSCULTURAL PERSPECTIVES WITH NEW TYPES OF ADOLESCENTS. In this paper, I will present a case of a “second generation” adolescent. The central point of the clinical case concerns the construction of the client’s identity complicated by the distance of the parents and client’s cultural contexts. In the coming years, most of the world’s psychotherapist will be influenced by the concept of culture and transcultural constructs, because our societies are changing in this direction. In working with second generation individuals, it is recommended that clinicians closely analyze the contexts in which their patients grew up and are developing. This case is a demonstration of the importance of clinician’s attention to both, the patient’s inner and outer world, the present and the past, the subjective and collective experiences. Using a transcultural lens to listen to the patient, there is the capacity for our clinical reflections to be broadened.

Keywords: TRANSCULTURAL CLINIC, ADOLESCENTS, IMMIGRATION, IDENTITY CONSTRUCTION, PERSONAL VALUES, CULTURAL CONTEXT

Abstract – PROSPETTIVE DI NATURA TRANSCULTURALE NELLA CLINICA CON NUOVE TIPOLOGIE DI ADOLESCENTI. In questo articolo presenterò il caso di un adolescente di “seconda generazione”. Il punto centrale del caso clinico riguarda la costruzione dell’identità della cliente, la quale risulta però più complicata dalla distanza tra la cultura nella quale la giovane si confronta e quella familiare. Negli anni a venire, proprio per come sta cambiando le società, la maggior parte degli psicoterapeuti dovrà confrontarsi con un nuovo tipo di cultura e con aspetti transculturali. Nel lavoro con individui di seconda generazione è raccomandabile che i clinici analizzino attentamente i contesti in cui i loro pazienti sono cresciuti e stanno crescendo. Questo caso può essere utile per comprendere l’importanza di vari aspetti che convivono nel paziente: il suo mondo interno e quello esterno, il presente e il passato, le esperienze soggettive e quelle collettive. Utilizzando una lente transculturale per ascoltare il paziente sarà possibile ampliare le nostre riflessioni cliniche.

Parole chiave: CLINICA TRANSCULTURALE, ADOLESCENTI, IMMIGRAZIONE, COSTRUZIONE IDENTITÀ, VALORI PERSONALI, CONTESTO CULTURALE

I. *Introduzione*

Questo lavoro nasce da un caso nel quale ho potuto osservare alcuni aspetti, collegabili anche ad altri casi di ragazze e ragazzi, sempre più presenti nelle nostre attività cliniche: si tratta di coloro che vengono definiti “immigrati di seconda generazione”, ovvero figli di immigrati che sono nati in Italia o sono arrivati in Italia nei primissimi anni di vita [32]. Il caso che presento in questo scritto riguarda Anna, una ragazza di 15 anni di origini filippine. Proprio le sue origini familiari mi hanno condotto a svolgere ricerche sulla sua cultura di riferimento [31; 51], nonché sulle diverse teorie e studi di psicoterapia e psichiatria transculturale [8; 10; 15; 19; 21; 30; 31; 32; 33; 34; 40].

In questa specifica situazione clinica si sono potute constatare le complessità nella costruzione dell’identità, soprattutto perché la costruzione avveniva all’interno della cultura italiana, certo distante da quella vissuta e trasmessa dalla famiglia d’origine. Anna infatti si sentiva diversa da molti suoi coetanei, divisa tra i valori familiari e quelli dei teenagers italiani [13; 14; 19; 22; 30].

Il presente contributo nasce dalla riflessione dal lavoro di Alfred Adler, pioniere nello studio delle influenze culturali sullo sviluppo mentale degli individui [4; 6; 3; 5; 17; 35; 36; 37]. Secondo Adler, l’analisi di una persona inizia con lo studio approfondito della costellazione familiare, dell’ambiente in cui un individuo è cresciuto e dell’influenza dei cambiamenti sociali su tale ambiente [36; 37]. Da tale impostazione diventa essenziale l’esplorazione delle influenze di una società in rapido cambiamento, sempre più multiculturale come quella odierna, e dei riflessi che tali movimenti producono sulle famiglie e sui suoi componenti [16; 22; 30; 31; 32].

Il terapeuta stesso dovrebbe riflettere sui cambiamenti sociali e sui valori culturali che sperimenta nei propri vissuti come pure sul proprio background che interagisce nella relazione con il paziente creando una nuova e particolarissima dinamica all’interno della relazione clinica. Data la grande rilevanza che i fattori culturali hanno sulla terapia, in questo lavoro si cercherà di esplorarli, comprenderli, e di proporre alcune riflessioni.

II. *I cambiamenti nella nostra società*

La globalizzazione e l’aumento del fenomeno migratorio degli ultimi decenni (conosciuti solo più recentemente in Italia rispetto al resto d’Europa) hanno di certo modificato le relazioni sociali che, a loro volta, hanno inevitabilmente influenzato l’identità collettiva e la costruzione del Sé [31; 32; 33; 45]. Alfred Adler è stato, in ambito psicoanalitico, il primo ad aver compreso l’importanza della cultura sulle dinamiche mentali [3; 8; 36; 37].

Nella psicologia individuale la cultura gioca un ruolo fondamentale: a differenza di altre specie animali, gli esseri umani dipendono dalla cultura (più che dai geni) per la loro sopravvivenza [12]. Sappiamo infatti che i geni e la biologia non possono determinare comportamenti e pensieri.

L'incompletezza della natura umana è un concetto profondamente adleriano: la natura umana è biologicamente incompleta ed è solo attraverso l'intervento della cultura che è possibile la compensazione di quelle carenze originarie [6; 3; 37; 44]. Molto più che nell'infanzia, l'influenza della cultura è decisiva nell'adolescenza: l'adolescente è lo specchio fedele dello stile di vita dell'adulto [14].

Nelle società occidentali gli adolescenti vivono una sorta di "costante pressione sociale": hanno aspettative idealizzate e sperimentano la competizione in tutti gli ambiti di vita (sia scolastici, sportivi che interpersonali), all'interno di modelli sociali conosciuti e promossi dai nuovi social media [27; 28]. Nella loro vita virtuale (che sta diventando sempre più centrale per la costruzione della loro identità), la "popolarità" diventa il principale, forse unico, indicatore di benessere e di realizzazione nella propria vita sociale e, proprio per questo, i ragazzi e le ragazze potrebbero arrivare a fare qualsiasi cosa pur ottenere una popolarità così tanto ambita (vedi ad es. le *challenge* sui social).

Attorno agli adolescenti moderni c'è poi una società individualista, vissuta come pericolosa da molti genitori (con conseguenti letture paranoiche di situazioni che in passato erano considerate del tutto normali) [27], un luogo senza più quel senso di protezione comunitaria reciproca, al cui interno le relazioni sono profondamente cambiate, per il massiccio utilizzo di internet e dei social network. Gli adulti vengono visti, vissuti e percepiti dagli adolescenti come fragili, insicuri e incapaci di stare di fronte alle loro emozioni [28].

Negli ultimi vent'anni i suindicati fattori hanno influenzato in modo significativo lo sviluppo psicologico e relazionale degli adolescenti odierni [43]. Come adleriani dovremmo considerare in maniera specifica questi fattori durante tutto il nostro percorso clinico con i pazienti, in particolar modo se adolescenti. Il tema transculturale diventa allora un elemento centrale negli approcci clinici alle nuove generazioni, che vivono una società in trasformazione e dove il processo di separazione-individuazione degli adolescenti può essere visto (sotto certi aspetti) in un modo nuovo e peculiare rispetto al passato. E quindi frequente incontrare storie che propongono conflitti familiari che nascono dalle differenze tra "cultura di origine" e "cultura ospitante".

Nel contesto terapeutico questi conflitti possono dare origine a letture non sempre allineate con la cultura del paziente, che deve essere riconosciuta dal terapeuta, esplorata in profondità e gestita in modi convenienti.

Penso che il caso di A. possa rappresentare molto bene il tema della transculturalità moderna. A. appartiene a quelle persone definite “italiane di seconda generazione”: è nata nel paese dove attualmente risiede e dovrebbe adattarsi con relativa facilità nella società in cui è nata; non ha inoltre sperimentato la migrazione come hanno fatto i suoi genitori [31]. Anna ha vissuto la maggior parte della sua vita in Italia.

La sua famiglia, di origini filippine, ha radici ancora molto forti con la propria terra d'origine, nonostante l'arrivo dei suoi genitori in Italia dati a più di 20 anni fa. Il legame della ragazza con l'ambiente di vita attuale, dato dalla scuola che frequenta e dai coetanei, la pone in conflitto con le tradizioni dei suoi genitori, che hanno scelto di vivere in Italia con il solo scopo di lavorare per migliorare la posizione economica rispetto a quanto accadeva nella terra delle loro origini.

Questo dilemma ha influenzato Anna ad un livello profondo, senza avere una chiara consapevolezza. Il conflitto tra le tradizioni fa sì che Anna si trovi a cavallo tra due culture: non è in grado di essere una ragazza occidentale in tutto e per tutto, e non può essere neanche una ragazza filippina (qualcosa che invece la sua famiglia desiderava fortemente).

Anna è nata in Italia, ma tra i 7 mesi e i 3 anni ha vissuto nelle Filippine sotto la cura della sua famiglia allargata (nonno materno e zii paterni). Non ha ricordi chiari ma sembra possedere sentimenti profondi di questo periodo con immagini idealizzate, poco realistiche: lo descrive come una parte della vita realmente libera, sempre in presenza di qualcuno e di essere stata parte di una comunità i cui membri si prendevano cura sia l'uno del altro sia dei bambini degli altri.

Queste percezioni della vita nelle Filippine coltivate fino ad oggi, l'hanno indotta a fantasticare che in quel luogo avrebbe avuto una vita migliore rispetto a quella che si trova a vivere qui in Italia. I viaggi di Anna nelle Filippine sono stati numerosi e lei, con grande cura, ha mantenuto i rapporti (anche online) con il proprio clan.

III. *Il caso clinico*

Anna ha fatto un accesso al Pronto Soccorso dopo aver avuto un forte attacco di ansia durante una giornata scolastica apparentemente normale. Dopo essere stata valutata dal personale medico, è stata indirizzata al Servizio di Psichiatria e Psicoterapia dell'Età Evolutiva, dove a quel tempo svolgevo il tirocinio per la Scuola di Specializzazione che frequentavo.

Alla fine del nostro primo incontro avrei descritto la ragazza come una persona dalle molte capacità: a livello didattico, creativo ma anche socio-relazionale. Il suo obiettivo era di diventare la migliore a scuola e aveva un potenziale reale per essere eccellente in tutto ciò che faceva.

Ho potuto cogliere, fin dalle prime fasi di conoscenza, che la principale problematica riguardava la costruzione della sua identità (cosa certo comune a tutti gli adolescenti), ma in questo caso la distanza tra le culture, rendeva la situazione assai più complessa.

Da parte della famiglia di Anna, emergeva simbolicamente il messaggio del tipo: “Siamo qui, e devi vivere in accordo con le nostre convinzioni”, all’interno di una concezione educativa estremamente rigida; in Anna c’era, contemporaneamente, la pressione del gruppo dei pari e della subcultura adolescenziale occidentale definita dal senso della libertà senza limiti, da rappresentazioni occidentalizzate dei canoni di bellezza, possibilità di godere di tutto, indipendenza e accesso a sempre nuove esperienze. La distanza tra i due mondi poneva scelte complicate e inconciliabili per la ragazza che ha sviluppato, in relazione a questo ambiente ambivalente, sintomi legati all’ansia e alcuni aspetti tipicamente depressivi.

In questo caso però non si può parlare di una vera e propria psicopatologia ma di un corollario molto complesso e variegato, che non poteva essere letto al di fuori di una prospettiva transculturale. Vi erano sicuramente dei comportamenti disfunzionali che rappresentavano tutta la fatica e la sofferenza nel riuscire a sanare quella frattura culturale tra sé e il mondo intorno a sé.

Durante le nostre sedute, Anna era spesso orientata a parlare dei conflitti e dei contrasti vissuti in famiglia (soprattutto quelli con la madre), portando tutti i dubbi sulla cultura con cui si identificava più fortemente (quella occidentale), e sentendo poi un senso di colpa nei confronti dei genitori (per non essere come loro volevano). Anna lo esprimeva in modo drammatico, teatrale e disorganizzato, difficilmente esprimibile solo con le parole. La situazione iniziale si completava con un umore depresso, occasionali pensieri di suicidio, alimentazione disordinata (con episodi di bulimia), ansia elevata, bassa autostima e un’immagine corporea distorta.

IV. Considerazioni sul caso di Anna

I sintomi che Anna manifestava nella consulenza psicologica erano chiaramente collegabili ai conflitti evolutivi adolescenziali: separazione-individuazione, mentalizzazione del sé corporeo e debutto sociale. Questi sintomi rappresentavano più nello specifico una forte assenza di speranza e di un progetto realistico per il proprio futuro, connesso con un forte senso di inferiorità che era sperimentato quotidianamente nelle relazioni familiari e con i coetanei.

Le reazioni di crisi, sempre più chiare, dimostravano il cedimento dell’immagine di perfezione che avrebbe voluto dare di sé, oltre che un conflitto nella costruzione di un coerente senso di appartenenza culturale. Parte di questo conflitto era collegabile alla rielaborazione di ideali e valori di riferimento che respirava nei contatti con i coetanei, inaccettabili per la famiglia d’origine e che creavano nella ragazza profondi sensi di colpa.

Nelle sedute di psicoterapia si è cercato di superare questo blocco evolutivo attraverso una nuova “funzione materna” all’interno di un percorso che è stato sia supportivo che espressivo, che permettesse ad A. di riorganizzarsi emotivamente e affrontando il radicato complesso di inferiorità. Si è cercato di sciogliere i blocchi emotivi sviluppando atteggiamenti creativi verso obiettivi che includessero un’identità poliedrica, comprensiva delle sue diverse anime, valorizzabile per la sua unicità. È stato spesso necessario darle la possibilità di “pensare i pensieri difficili” aiutandola a non sentirsi costantemente in colpa nei confronti dei suoi genitori.

Durante il percorso psicoterapeutico le difese della ragazza non sono state volutamente forzate; sono stati rispettati i suoi tempi e i suoi sentimenti, con la finalità di non compromettere la relazione terapeutica, l’adesione al lavoro terapeutico e agli obiettivi clinici. Solo gradualmente sono stati introdotti dialoghi e riflessioni su canoni di bellezza estetici, sia su quelli professionali, evidentemente troppo alti, lontani e distanti dal suo modo di percepirsi. Facendo esperienza di poter mostrare un sé autentico, A. è stata in grado di immaginarsi in un ruolo sociale e lavorativo più realistico, basato sulle sue qualità e competenze.

Questo caso clinico è stata l’occasione per approfondire nuovi studi le teorie transculturali e permesso di modificare la mia prospettiva clinica, legata ad un setting psicologico più rigido, accedendo a modalità più dinamiche con una visione sempre più ampia e ritengo, più in linea con le caratteristiche del mondo attuale. Nello specifico, per affrontare questo caso clinico mi sono interessato e lasciato affascinare dalla storia, dal territorio e dalla cultura filippina [51].

Non solo: ho riletto testi che narravano e rappresentavano la terra in cui sono nato e cresciuto, per capire come diversi aspetti culturali potessero integrarsi tra loro [1; 2; 50; 53]. Il territorio di cui parlo, l’Alto Adige, ha infatti vissuto, nel corso della sua storia, diverse problematiche socio-politiche per l’integrazione di popolazioni diverse e queste letture mi hanno guidato, spesso in maniera anche inconsapevole, nel procedere della terapia con A.

Si è trattato di consapevolezza che davano alla nostra relazione spunti di riflessione in più ricchi, capaci di significare dimensioni psichiche che, con una lente culturale univoca e ristretta, non avrebbero potuto essere visti.

La fine della psicoterapia con A. e il suo conquistato equilibrio mi porta a pensare che la fatica di ogni clinico risieda nella capacità di tenere contemporaneamente in considerazione più aspetti dello stesso paziente, interni ed esterni, nel presente e nel passato, dell’esperienza soggettiva e di quella collettiva. Importante la sottolineatura che nelle reazioni contro-transferali un peso rilevante lo ha la questione dell’incontro delle culture che se non gestito adeguatamente può essere di danno.

È facile ipotizzare che negli anni che verranno il tema della trans-culturalità avrà sempre più peso nella pratica psicoterapeutica. Come adleriani, abbiamo riferimenti chiari che sottolineano il compito di considerare e valorizzare il background culturale di ogni individuo.

Vorrei sottolineare, in conclusione che in ogni presa in carico, va analizzata con sguardo attento e curioso l'humus del contesto in cui il soggetto è cresciuto e ha sviluppato le proprie modalità interattive primarie; eventuali disattenzioni a questo aspetto porterebbero a perdere un pezzo non piccolo, ma fondamentale per la ricchezza della relazione terapeutica.

Bibliografia e Sitografia

1. A.A. V.V. (2006), *Le guide Mondadori. Trentino Alto Adige*, Fabio Ratti Editoria, Milano.
2. A.A. V.V. (2009), *Guida d'Italia. Trentino-Alto Adige*, Touring Editore, Milano.
3. ADLER, A. (1912), *Über den nervösen Charakter. Grundzüge einer vergleichenden individual Psychologie und Psychotherapie*, tr. it. *Il temperamento nervoso*, Astrolabio, Roma 1950.
4. ADLER, A. (1929), *Individualpsychologie in der Schule*, tr. it. *La psicologia individuale nella scuola*, Newton Compton, Roma 1979.
5. ADLER, A. (1931), *What Life Should Mean to You*, tr. it. (1994), *Cosa la vita dovrebbe significare per voi*, Newton Compton, Roma.
6. ADLER, A. (1933), *Der Sinn des Lebens*, tr. it. *Il senso della vita*, Newton Compton, Roma 2012.
7. BAGNATO, K. (2017), *L'hikikomori: un fenomeno di autoreclusione giovanile*, Carocci, Roma.
8. BARTOCCI, G. (2009), I sogni in transcultura: le immagini interne nel processo di costruzione del pensiero, *Riv. Psicol. Indiv.*, 64: 11-23.
9. BASSETTI, A. 2013, <https://www.spiweb.it>
10. BASTIANINI, A. (2010), Le radici delle finzioni: riflessioni teorico-metodologiche nell'ambito dell'età evolutiva, in prospettiva transculturale, *Riv. Psicol. Indiv.*, 26: 5-15.
11. BERTANI, B., MANETTI, M., VENINI, L. (a cura di, 1998), *Psicologia dei gruppi*, Franco Angeli Editore, Milano.
12. BLOS, P. (1979), *The adolescent passage*, tr. it. *L'adolescenza come fase di transizione*, Armando, Roma 1988.
13. BUZZI, C., CAVALLI, A., DE LILLO, A. (2002), *Giovani del nuovo secolo, Quinto rapporto IARD sulla condizione giovanile in Italia*, Il Mulino editore, Bologna.
14. CAPPELLO, G. (a cura di, 2013), *Adolescenze in viaggio. Percorsi di psicoterapia con l'adolescente e il suo ambiente*, Effatà Editrice, Torino.

15. DEVEREUX, G. (1970), *Essais d'ethnopsychiatrie générale*, tr. it. *Saggi di Enopsicoanalisi Complementarista*, Bompiani, Milano 1978.
16. DONATI, P. (2007), *Manuale di sociologia della famiglia*, Editori Laterza, Bari.
17. DREIKURS, R. (1950), *Fundamentals of Adlerian Psychology*, tr. it. *Lineamenti della psicologia di Adler*, La Nuova Italia, Firenze 1968.
18. ERIKSON, E. H. (1982), *The Life Cycle Completed*, tr. it. *I cicli della vita. Continuità e mutamenti*, Armando, Roma 2018.
19. FABIETTI, U. (2007), *L'identità etnica. Storia e critica di un concetto equivoco*, Carocci Editore, Roma.
20. FORNARI, F. (1988), *La vita affettiva originaria del bambino*, Feltrinelli, Milano.
21. GASPARINI, C., GATTI A. (2012), La Lingua dell'Altro. Aspetti di Psicodinamica Culturale Adleriana, *Riv. Psicol. Indiv.*, 72: 41-92.
22. GOZZOLI, C., REGALIA, C. (2005), *Migrazioni e famiglie*, il Mulino, Bologna.
23. HALL, S. (1904), *Adolescence*, Appleton, New York.
24. HAVIGHURST, R. J. (1948), *Developmental tasks and education*, tr. it. in MAGGIOLINI, A., PIETROPOLLI CHARMET, G. (2004), *Manuale di psicologia dell'adolescenza: compiti e conflitti*, Franco Angeli Editore, Milano.
25. HAVIGHURST, R. J. (1953), *Human Development and Education*, tr. it. in MAGGIOLINI, A., PIETROPOLLI CHARMET, G. (2004), *Manuale di psicologia dell'adolescenza: compiti e conflitti*, Franco Angeli Editore, Milano.
26. HELMS, J. E. (1990), *Black and White racial identity: Theory, research, and practice*, Greenwood Press, Westport, Connecticut.
27. LANCINI, M. (a cura di, 2019), *Il ritiro sociale in adolescenza. La solitudine di una generazione iperconnessa*, Raffaello Cortina, Milano.
28. LANCINI, M. (a cura di, 2020), *L'adolescente. Psicopatologia e psicoterapia evolutiva*, Raffaello Cortina Editore, Milano.
29. MAGGIOLINI, A., PIETROPOLLI CHARMET, G. (2004), *Manuale di psicologia dell'adolescenza: compiti e conflitti*, Franco Angeli, Milano.
30. MANCINI, T. (2006), *Psicologia dell'identità etnica. Sé e appartenenze culturali*, Carocci Editore, Roma.
31. MANCINI, T. (2008), Adolescenza, identità e immigrazione. Continuità e discontinuità culturali nelle seconde generazioni d'immigrati, in *Ricerca Psicoanalitica*, Anno XIX, 2, pp. 137-160.
32. MILONE, B. (2017), *Le migrazioni in Italia oggi. Cause, dinamiche sociologiche e potenzialità socio-culturali*, Gruppo Editoriale Viator, Milano.
33. MORO, M. R., DE LA NOE', Q., MOUCHENIK, Y., BAUBET, T. (2004), *Manuel de psychiatrie transculturelle. Travail clinique, travail social*, tr. it. *Manuale di psichiatria transculturale. Dalla clinica alla società*, Franco Angeli, Milano 2009.
34. MUNNO, D., CESANO, S., CAPORALE, S., ZULLO, G. (2001), Il counseling adleriano come intervento transculturale, *Riv. Psicol. Indiv.*, 49: 65-80.
35. ORGLER, H. (1956), *Alfred Adler: der Mann und sein Werk*, tr. it. *Alfred Adler e la sua opera*, Astrolabio, Roma 1970.
36. PARENTI, F. (1983), *La psicologia individuale dopo Adler*, Astrolabio Roma.

37. PARENTI, F. (1987), *Alfred Adler. L'uomo, il pensiero, l'eredità culturale*, Edizioni Laterza, Bari.
38. PETRUZZI, A., RIVA, E. (2002), "Naga – ambulatorio psichiatrico: La valutazione del disagio mentale nell'interazione professionale tra psichiatra e psicologa", in IOSSA FASANO, A., RIZZI, R. (2002), *Ospitare e curare*, Franco Angeli, Milano 2002.
39. PETTER, G. (1990), *Problemi psicologici della preadolescenza e dell'adolescenza*, La Nuova Italia Editrice, Scandicci (FI).
40. PHINNEY, J. S., ALIPURIA, L. L. (1996), At the interface of cultures: Multiethnic/multiracial high school and college students, *The Journal of Social Psychology*, 136(2), 139-158.
41. PIETROPOLLI CHARMET, G. (1991), *Culture affettive in adolescenza*, Cuem editore, Milano.
42. PIETROPOLLI CHARMET, G. (a cura di, 1990), *L'adolescente nella società senza padri*, Edizioni Unicopli, Milano.
43. PIOTTI, A., SPINIELLO, R., COMAZZI, D. (a cura di, 2022), *Il corpo in una stanza. Adolescenti ritirati che vivono di computer*, Franco Angeli, Milano.
44. ROVERA, G. G. (2010), Religiosità e cultura in psicologia individuale, *Riv. Psicol. Invid.*, 67: 23-66.
45. SASO, R. 2019, <https://www.leurispes.it>
46. SHAKESPEARE, W. (1611), *The Winter's Tale*, tr. it. *Racconti di inverno*, Feltrinelli, Milano 2017.
47. STEPHAN, W., STEPHAN, C. W. (1996), Predicting prejudice, *International Journal of Intercultural Relations*, Vol. 20, Issues 3-4, pp. 409-426.
48. TAJFEL, H. (1981), *Human Groups and Social Categories-Studies in Social Psychology*, University Press, Cambridge.
49. TAJFEL, H. (1981), *Social Identity and Intergroup Relations*, tr. it. *Gruppi umani e categorie sociali*, Il Mulino, Bologna 1995.
50. TOMMASINI, D. (2012), *Geografia, paesaggio, identità e agriturismo in Alto Adige-Südtirol*, Franco Angeli, Milano.
51. VECCHIA, S., LICINI, G. (1998), *Le filippine. L'arcipelago dei contrasti*, Il Segno dei Gabrielli Editore, S. Pietro in Cariano (VR).
52. VEGETTI FINZI, S. (1986), *Storia della Psicoanalisi*, Mondadori Editore, Segrate (MI).
53. ZADRA, F. (2013), *Alto Adige allo specchio. Sguardi femminili tra appartenenza e mobilità*, Reverdito Editore, Trento.

Alberto Malfatti
 Via Negrelli 52
 I-39055 Laives (BZ)
 E-mail: alberto.malfatti@gmail.com

Recensione

SCHWARTZ, R. C. (2021), *No Bad Parts. Healing Trauma and Restoring Wholeness with the Internal Family Systems Model*, tr. it. *Come allearsi con le parti “cattive” di Sé*, Raffaello Cortina, Milano 2023 (pp. 212).

Come allearsi con le parti “cattive” di sé è un libro dal sapore divulgativo molto utile al clinico che si affaccia come primo approccio all’ IFS – Internal-Family System.

L’Autore, Richard Schwartz, divide la narrazione in tre parti: nella prima espone l’assetto teorico e metodologico della Teoria del Sistema Familiare Interno; nella seconda affronta il tema della Guarigione del Sé e nell’ultima descrive e sottolinea l’importanza dell’*Embodiment* ovvero del Sé incarnato e come le pratiche meditative e spirituali aiutino nel processo di consapevolezza del Sé. Schwartz arricchisce la narrazione teorico-metodologica con esempi clinici, proposte e spunti di esercizi pratici che il lettore può sperimentare su sé stesso.

La Terapia del Sistema Familiare Interno (IFS) è un metodo ideato da Richard C. Schwartz, medico psicoterapeuta e docente del Dipartimento di Psichiatria di Harvard, il quale nel corso della sua lunga pratica clinica ha sviluppato la convinzione che il Sé è nella sua composizione unico e integrato, ma anche multiplo, ovvero che il Sé si struttura in diverse parti che interagiscono tra loro come una Sistema familiare interno, con dinamiche e funzioni/ruoli all’interno del sistema stesso.

Nella sua pratica clinica l’Autore ha notato che le parti più distruttive hanno intenzioni protettive; le parti rimangono congelate al tempo dei traumi; quando le parti si convincono a lasciare il proprio ruolo, si dimostrano utili per il sistema; i fardelli, personali o ereditati, sono parti incarnate (come i Modelli operativi interni di Bowlby).

“Le parti vengono costrette ad assumere ruoli determinati da cui desidererebbero essere sollevate. Una volta liberate da quel ruolo si trasformano”. Da questo presupposto nosologico Schwartz definisce un approccio metodologico al paziente dal sapore cognitivo, ma dalla pratica profondamente psicodinamica. Schwartz sviluppa il tema metodologico partendo dalla necessità di mappare il funzionamento del sistema interno del Sé per poi ri-conoscerne le diverse parti e definirne i diversi ruoli all’interno del Sistema stesso.

I ruoli, secondo l'Autore, sono principalmente quattro:

- 1) gli esiliati: le parti del Sé legate ai nuclei di sofferenza e di dolore, alle fragilità e ai traumi;
- 2) i protettori, che svolgono un ruolo di protezione/difesa del Sé e delle parti esiliate e che agiscono a volte con sintomi che distolgono l'attenzione dai nuclei di sofferenza;
- 3) i pompieri, che spengono il fuoco e che calmano, pur mantenendo il sistema di protezione intatto e permanente;
- 4) i manager, che vigilano sullo *status quo* e che permettono di vivere una vita in modo adeguato (ma non sempre adattiva e autentica).

L'alleanza con le parti "cattive" del Sé diventa quindi un'azione di liberazione dai fardelli, di trasformazione che permette di modificare i ruoli delle diverse parti all'interno del sistema e di liberazione da ruoli fissi. Si restituisce così alla persona (e alle parti del Sé) dignità e autenticità, ripristinando autostima e fiducia in sé attraverso la ri-armonizzazione del sistema interno e quindi affidando la conduzione al (vero) Sé.

La lettura di questo libro permette un approfondimento della pratica clinica, contribuendo ad una lettura con lenti diverse della psico-dinamica del Sé, dando allo psicoterapeuta elementi di maggior consapevolezza e strumenti pratici, concreti e replicabili nella pratica clinica.

Mariangela Fanelli

**XXX Congresso Nazionale
della Società Italiana di Psicologia Individuale**

**Specchi deformanti: le narrazioni di Sé,
degli altri e del mondo**

Starhotels Du Parc, Parma 24 - 26 Ottobre 2025

Il prossimo Congresso della nostra Società si svolgerà nell'autunno 2025 a Parma e, come da tradizione, sarà occasione per condividere quanto elaborato nelle diverse sedi dove operano psicologi, psicoterapeuti e analisti adleriani nel tempo trascorso dall'ultimo incontro di Firenze.

Il programma del Congresso consentirà di discutere sugli esiti delle ricerche compiute, sulle riflessioni suscitate dalle esperienze vissute, sulle prospettive e sui progetti che si ritiene importante sviluppare nel tempo che verrà. Non da ultimo, sarà possibile rinforzare l'identità adleriana che si nutre non solo della condivisione di aspetti scientifici, ma anche di relazioni collaborative e amicali.

Il tema del Congresso "*Specchi deformanti: le narrazioni di Sé, degli altri e del mondo*" offre un ampio ventaglio di tematiche da affrontare e il tempo che ci separa dall'evento permette di focalizzare un nucleo di interesse personale su cui fare ricerca, bibliografica o esperienziale, per proporre riflessioni aggiornate e in linea con le problematiche del tempo presente.

In quest'ottica il Congresso può accogliere i contributi sotto forma di comunicazioni in plenaria, nei sottogruppi e nella sezione poster che, nel complesso, esemplificheranno un articolato aggiornamento del pensiero di Adler al tempo presente.

È già indicata la data della presentazione degli abstract che saranno esaminati per accorpamenti tematici e per dare al programma dei lavori una congruente organizzazione: la data è fissata al 15 Maggio 2025.

Le ulteriori comunicazioni di ordine organizzativo verranno fatte pervenire con una brochure a fine Febbraio 2025.

Il martedì in casa Adler

Secondo martedì di ogni mese

L'iniziativa mensile che il Direttivo ha deciso di denominare "*Il martedì in casa Adler*" si è sviluppata lungo l'arco di tutto il 2024 con buona partecipazione dei Soci e degli allievi delle Scuole Adleriane di Psicoterapia. Nella prima parte dell'anno i colleghi Analisti e Didatti che sono intervenuti hanno sviluppato riflessioni sul tema de "*Il Trauma nella relazione clinica*" mentre nell'autunno colleghi Psicoterapeuti hanno iniziato a sviluppare riflessioni su "*Gli adolescenti in psicoterapia oggi*" proponendo diverse declinazioni degli interventi clinici con questa fascia giovanile, oggi più che mai complessa e disorientata. Il tema proseguirà anche nella prima parte del prossimo 2025.

Con questi incontri online si raggiungono colleghi Soci che hanno interesse a guardare oltre l'orizzonte dei loro specifici territori operativi e a riflettere su metodologie di intervento adeguate a fronteggiare le difficoltà dell'attuale realtà socio-culturale che coinvolge verso direzioni poco utili i giovani, specie più fragili. Inoltre, "*Il martedì in casa Adler*" avvicina alla nostra Società anche gli allievi delle Scuole Adleriane di Psicoterapia che, oltre ad ampliare le loro conoscenze, familiarizzano e imparano ad apprezzare la nostra SIPI.