

*Il Sagittario* | gennaio / dicembre 2016 | nr 36-37



*Rivista scientifica dell'Istituto  
di Psicologia Individuale «Alfred Adler»  
fondata da Lino G. Grandi nel 1997*

*Contributi di*

*Psicologia Clinica | Psicologia del Lavoro | Psicologia Giuridica  
Psicologia della Religione | Psicoterapia | Psichiatria  
Psicologia delle arti | Filosofia | Pedagogia | Sociologia*



**EFFATA'**  
EDITRICE

Le idee e le opinioni espresse dagli autori dei contributi pubblicati impegnano soltanto gli articolisti stessi e non la Direzione e la Redazione della Rivista. Riteniamo che il confronto delle idee, anche fuori dal filone di pensiero propriamente individual psicologico, sia necessario perché stimola la ricerca e la maturazione culturale di chi opera nel campo della psicologia.

#### COMITATO SCIENTIFICO

Collegio dei Didatti I.P.I. con la collaborazione esterna del Prof. G. Ruggeri (Roma)

#### DIRETTORE SCIENTIFICO

Lino G. Grandi

#### DIRETTORE RESPONSABILE

Mirto Bersani

#### COLLEGIO DEI REDATTORI

Emanuela Grandi, Patrizia Luparia, Luca Burdisso, Gian Piero Grandi, Francesca Dogliani

#### PROPRIETARIO

Scuola Adleriana di Psicoterapia, C.so G. Sommeiller, 4 – 10125 Torino

#### REDAZIONE CENTRALE, AMMINISTRAZIONE

Corso G. Sommeiller, 4 – 10125 Torino – Tel. 011.6690464 – Fax 011.6690464

#### EDITORE

Effatà Editrice – Via Tre Denti, 1 ~ 10060 Cantalupa (Torino)  
Tel. 0121.353452 ~ Fax 0121.353839 – [www.effata.it](http://www.effata.it) – [info@effata.it](mailto:info@effata.it)

Autorizzazione n° 952 in data 29 aprile 1997 del Tribunale di Reggio Emilia

## **Gli atteggiamenti nelle relazioni | 5**

Riflessioni introduttive

*Lino Graziano Grandi* | 7

L'atteggiamento del terapeuta: dalla rappresentazione scenica e fantasmatica alla realtà dell'incontro con il paziente

*Stefania Caudana, Barbara Bassino* | 9

L'atteggiamento del perito. Aspetti clinici della valutazione del minore nei procedimenti penali

*Enrica M. Fusaro* | 17

Il "gioco" degli atteggiamenti nella relazione terapeutica

*Gian Sandro Lerda, Veronica Lo Sapia, Luca Burdisso, Jolanda Pannullo, Federico De Marco*

*C.S.P.A. «Grandi» – Sede di Cuneo* | 23

Essere o non essere...? Giù la maschera. Le problematiche dell'atteggiamento in ottica Individual Psicologica

*Gian Piero Grandi, Annarita Carena, Maria Luisa Giardina, Stefania Torriano, Francesca Falbo, Luca Burdisso* | 35

L'empatia come atteggiamento dello psicoterapeuta verso il paziente

*Francesca Imoda* | 53

Appendice | 63

«Chi sono? Chi sei tu? Chi mi piace?»

*Giulia Caffaro* | 65

Il mio riflesso negli occhi dell'altro. La malattia allo specchio

*Gian Piero Grandi, Simonetta Vegro, Clarisa Acuna Rolfi, Laura Calabrò, Claudia Chiavarini, Antonella Masci* | 81

Sedi dell'Istituto di Psicologia Individuale «A. Adler» | 87

Master in Neuropsicologia | 89

Accademia del Test Proiettivo | 91

Il trattamento della dipendenza da cocaina | 93

Psicoterapia del paziente con problemi alcolcorrelati | 94

Hanno scritto in questo numero | 95

Norme redazionali | 96



# **Gli atteggiamenti nelle relazioni**



## Riflessioni introduttive

*Lino Graziano Grandi*

**J**aspers, nello studio della *Psicologia delle visioni del mondo*, analizza i possibili atteggiamenti nei confronti dell'oggetto (oggettivo, autoriflesso, entusiastico – ne sarà data illustrazione). Si presenteranno alcune considerazioni con attenzione specifica alla delimitazione “pragmatica” della pura oggettività, con le opportune delucidazioni.

Verrà poi condiviso il concetto di norma sociale, il glottocentrismo ed in particolare la suggestione, nonché la sua pregnanza relativamente al contro-atteggiamento.

Con il termine “atteggiamento” si indirizza l'attenzione sulla disposizione di ogni persona a vivere e rappresentare risposte emotive, sentimentali e comportamentali nonché sui loro correlati, fra cui l'immersione in un campo di forze, che produce influenze nonché contro-risposte.

Il rapporto fra la psicoterapia e le scienze sociali è inevitabile, e pone in essere atteggiamenti che possono non trasmettere stabilità e che al contempo influiscono sul comportamento e le interrelazioni.

Allport evidenzia il trattarsi di un tratto di unione tra l'opinione e la condotta. Thomas definisce l'atteggiamento come «una disposizione verso». Se ne discuterà, con le adeguate correlazioni e significati.

Riferimento inevitabile saranno gli studi della Scuola di Francoforte, ed in particolare sarà fatto accenno alla personalità autoritaria.

Considerazioni verranno poi condivise sull'operatività dello psicoterapeuta per la costruzione di un cambiamento degli atteggiamenti, in particolare per quelli che disattendono al conseguire e rinforzare le parti utili della vita.

Importante è la costruzione di un processo che introduca il cambiamento e ponga l'avvio *versus* modellare gli atteggiamenti, sia riguardo la sfera dell'affettività, l'area dei processi cognitivi, nonché le dinamiche di appartenenza sociale.

Verrà rivolta attenzione ai modelli di persuasione a due vie (con esplicitazione di chiarimenti).



**L'atteggiamento  
del terapeuta: dalla  
rappresentazione  
scenica e  
fantasmatica alla  
realtà dell'incontro  
con il paziente**

*Stefania Caudana,  
Barbara Bassino*

*Sprofondare, insieme al paziente,  
mantenendo la fiducia di non perdersi...*

*S. Ferenczi, 1932*

**E**siste una rappresentazione mentale condivisa e collettiva dello psicoterapeuta "ideale"?

Di quale clinico avrebbero bisogno i nostri pazienti in seduta? Ed ancora: quelli che non arrivano sino alle nostre stanze di terapia, quale modello di terapeuta hanno nella loro mente?

Il tema dell'atteggiamento è centrale nello spazio terapeutico e richiama, in particolare, lo stile di vita unico e personale di quello che il professor Grandi chiama l'*Uomo-psicoterapeuta*: la sua predisposizione alla relazione, la sua pregnanza, il suo senso della vita e tutti quei segnali che, consciamente e inconsciamente, trasmette nell'incontro e che il paziente raccoglie, in linea con quanto insegna la semiologia.

Già presente nella medicina greca a partire dai presocratici, la semeiotica è la disciplina che studia i segni; aiuta la costruzione di una semantica narrativa, si occupa dello studio dei sintomi e del modo in cui da essi si può risalire alle cause.

Le riflessioni che in queste pagine vengono proposte partono da molto lontano, e risalgono al tempo in cui Fairbairn, opponendosi al modello freudiano della teoria energetico-

pulsionale espressa nei *Tre saggi sulla teoria sessuale* del 1905, secondo il quale «la pulsione cerca la scarica», proponeva, a partire dal 1941, una visione più completa e sicuramente più attuale, affermando «[...] che la libido sia primariamente una ricerca dell'oggetto»<sup>1</sup>.

Intendendo affermare che il piacere è il risultato della qualità dello stato relazionale tra l'Io e l'oggetto, piuttosto che della scarica di energia, Fairbairn attuava, a partire da quegli anni, una vera rivoluzione in campo psicoanalitico: lo spostamento dal modello strutturale classico delle pulsioni al modello strutturale delle relazioni. Nasceva la vasta e corposa letteratura psicoanalitica che va sotto il nome di *Teoria delle relazioni oggettuali*.

Secondo la teoria di Fairbairn, siamo spinti verso le relazioni con gli altri sin dalla nascita, e tale spinta affonda le sue radici in motivazioni sia biologiche sia filogenetiche.

La libido, pertanto, o la scarica pulsionale secondo un'accezione più estesa, non è ricerca di piacere attraverso il depotenziamento del proprio potenziale energetico nelle varie declinazioni, ma è ricerca di oggetto, ovvero ricerca dell'Altro, della relazione con l'Altro.

La profonda riflessione sulla teoria delle relazioni oggettuali è tutt'oggi più viva che mai, e si arricchisce, soprattutto in questi anni ed in questo clima socio-culturale, di nuove ed appassionanti coloriture.

E come la relazione tra il neonato ed il *caregiver* è l'asse portante dello sviluppo psichico di quest'ultimo, il veicolo attraverso il quale si attua la strutturazione della mente nel bambino e si configura la sua capacità di pensiero, così, in quella dimensione spazio-temporale inedita, dove tutto può nuovamente ricominciare, che è la stanza della terapia, la relazione diventa il fulcro della terapia, e la stanza dello psicoterapeuta è il luogo dove questa alchimia si produce, si dispiega e si fa vero motore del cambiamento nei nostri pazienti.

La relazione fornisce, di per sé, un modello operativo interno alternativo alle esperienze funzionali o disfunzionali iscritte nella storia del paziente. Crea un mondo nuovo condiviso: un universo di significati e significanti, che a poco a poco costruiscono il terreno comune del cammino terapeutico, così unico e irripetibile, e così specifico di quella coppia analitica paziente-terapeuta, e per questo così essenziale.

Ma se, da un lato, vi è ora ampia convergenza della comunità scientifica sul valore e sulla centralità della relazione come motore di cambiamento, come attivatore che non può e non deve lasciare immutato né il paziente né

<sup>1</sup> FAIRBAIRN R. (1952), *Studi psicoanalitici sulla personalità*, tr. it. Bollati Boringhieri, Torino 1992, p. 110.

il terapeuta, ancora molto disomogenea e non univoca appare l'opinione su quale sia la tipologia, quale il modello, la coloritura della relazione che possiamo proporre ai nostri pazienti. Quale sia, in fondo, la relazione che può essere foriera di chiara crescita e cambiamento.

E, indubitabilmente, l'indagine sulla relazione è legata a filo doppio con la natura degli atteggiamenti che i due attori mettono in campo.

Forse la domanda che va posta si situa ancora a monte: si può dare per scontato, oggi, che il paziente sia "allenato" alla relazione, che sappia come trattarla, che la maneggi con disinvoltura e non ne sia disturbata, e che sia disponibile ad iniziarne una nuova nel momento in cui varca la soglia del nostro studio?

È evidente agli occhi di tutti che i pazienti che oggi popolano ambulatori pubblici e studi privati siano per lo più molto lontani dai "pazienti belli" che aveva in cura Freud, pensando ai quali il Maestro aveva tracciato una sorta di decalogo delle idoneità necessarie perché il paziente potesse essere sottoponibile ad un trattamento psicoanalitico.

Oggi, l'elenco di pazienti che si situano sul versante nevrotico ad alto funzionamento è quanto mai esiguo; il livello di sofferenza dei pazienti che incontriamo, la loro storia frammentata ed a volte interrotta in talune fasi del loro sviluppo non ci permette di dare nulla per scontato, men che meno la loro disponibilità ed "allenamento" alla relazione.

Ci troviamo, in altre parole, alle prese con un'ulteriore aggravante, si potrebbe dire di tipo ambientale e culturale, ovvero, per dirla secondo il linguaggio della psicologia individuale comparata, *biopsicosociale*. Siamo costretti a fare sempre meno affidamento su un "manuale operativo standardizzabile", e sempre più coinvolti nella costruzione di una relazione altamente specifica, per quel singolo paziente, che non può prescindere da una nostra autentica ed onesta disponibilità a scandagliare, con maniche arrotolate ed abilità da artigiano, il materiale scomodo, doloroso, spesso oscuro, e sovente francamente patologico dei suoi vissuti.

Tornando, allora, alla domanda di apertura, ovvero quale possa essere, e se esista un atteggiamento da parte del terapeuta in grado di facilitare più di altri il dispiegarsi della relazione, giova soffermarsi sulla definizione data da Allport (1935), secondo la quale per atteggiamento si intende uno «*stato mentale neurologico di prontezza, organizzata attraverso l'esperienza, che esercita un'influenza direttiva o dinamica sulla risposta dell'individuo nei confronti di ogni oggetto o situazione con cui entra in contatto*».

In esso sono contenute una componente cognitiva, di informazioni nei confronti dello stimolo, una componente emotiva, che comprende stati d'animo, sentimenti ed emozioni che accompagnano l'atteggiamento stesso,

ed una componente comportamentale, di spinta cioè ad azioni più o meno implicite di avvicinamento o di allontanamento.

L'esperienza ed il vissuto guidano l'organizzazione degli atteggiamenti: ciò che non viene rivisitato diventa così zona d'ombra, terreno instabile, dove è possibile sprofondare insieme al paziente.

La rappresentazione scenica dello psicoterapeuta in chiave moderna scelta per la riflessione di queste pagine ha per oggetto la serie televisiva *In Treatment*, il format di ideazione israeliana, giunto ormai in Italia alla seconda edizione, diretta da Saverio Costanzo ed interpretata, nel ruolo dello psicoanalista, da Sergio Castellitto.

La serie, di indubitabile appeal per la varietà dei temi trattati e perché consente il raro privilegio di entrare nella stanza di un collega nel corso delle sue terapie ed osservarlo mentre lavora (in questo risiede, a parere nostro, buona parte del fascino e del successo del format), apre una serie di scenari possibili alla riflessione sulla relazione terapeutica.

Al di là della maestria interpretativa di Sergio Castellitto, non nuovo a ruoli degni di un vero e proprio cimento davanti alla macchina da presa, il format, così come è stato pensato, offre una carrellata di storie "a puntate" su un numero limitato di pazienti, che si susseguono, alternandosi tra loro, proprio come in una settimana tipo di un analista, pazienti che lo spettatore impara a conoscere e riconoscere attraverso lo svelamento progressivo delle loro storie nonché, naturalmente, attraverso la relazione che ciascuno di essi intrattiene con l'analista.

Non si tratta certamente di una serie televisiva ad alto impatto: non è fatta per gli amanti dell'azione, delle scariche adrenalinarie, della velocità e dei decibel: si svolge tutta nelle stanze del terapeuta (che avrà l'ardire, nel passare dalla prima alla seconda serie, anche di cambiare studio, ed anche a questo cambiamento verrà dato spazio e dignità nella terapia!), e la macchina da presa è puntata costantemente ora sul volto del paziente ora su quello dell'analista, sulla postura di quest'ultimo o sull'atteggiamento del paziente sistemato sul divano di fronte a lui, pronto a cogliere il non detto, il linguaggio non verbale di entrambi.

La relazione, e il correlato di atteggiamenti, diventano così protagonisti indiscussi, il fil rouge attraverso il quale si dipanano le storie, la lente di ingrandimento che consente allo spettatore una riflessione profonda sul modello di terapeuta che Castellitto incarna, e sulla propria posizione al riguardo.

Sergio Castellitto non è un guerriero senza macchia e senza paura: l'immagine di Sé che lui propone in questa serie è così simile ad altri ruoli cine-

matografici da lui ricoperti in altre occasioni ed in altri film, da lasciare intendere che sia con ogni probabilità autentico, e per questo meno finzionale.

Il suo è uno sguardo caldo, a volte dubbioso, sempre riflessivo. Molto spesso addolorato, non solo al cospetto della storia del paziente, ma, si direbbe, dolente per la propria, di storia di vita, che spesso emerge dagli atteggiamenti, nel qui ed ora delle sedute.

Castellitto appare come guaritore ferito, non così incline alla presa di posizione forte come ci si potrebbe immaginare da una guida.

È proprio questo, a parere di chi scrive, l'aspetto più in controtendenza rispetto allo stereotipo del terapeuta sdoganato a buon mercato dal senso comune: è come se, davanti alla complessità della vita, davanti al dolore, alle sfumature di grigio più o meno carico che nulla hanno a che vedere con la letteratura erotica da edicola, l'unico atteggiamento possibile fosse quello della contemplazione e della sospensione del giudizio di husserliana ispirazione.

Il modello di terapeuta che Castellitto propone non è quello di un professionista dalla risposta pronta e dalle vedute adamantine: molto spesso il suo sguardo sembra perdersi nel marasma dei pensieri, nel dubbio, nell'incertezza. Le storie che lui testimonia, al cospetto del paziente, lo attraversano quasi fisicamente e non gli permettono di stare alla finestra.

Sembra di vederlo, nell'intento, come si diceva, di arrotolarsi le maniche, per poi calare le sue mani, insieme a quelle del paziente, nella materia dalle forme aspre che è il vissuto frammentato di questi.

Se ci soffermiamo sugli atteggiamenti di Castellitto, ne individuiamo, da un lato, le caratteristiche di stile, e dall'altro le contraddizioni; in particolare assistiamo ad un continuo alternarsi tra ciò che è espressione di un livello consapevole, "di testa", e ciò che è frutto di un mondo emotivo ed esperienziale meno definito, magmatico ed indifferenziato: un magma che ribolle, e sprizza lapilli.

A questo punto sorge un primo ordine di dilemmi: dove è finito il terapeuta ortodosso che praticava l'astensione? Che cosa significa, oggi, porsi in seduta *senza memoria e senza desiderio*, e come è possibile declinare oggi questa duplice assenza al cospetto del dolore del paziente?

E, a seguire: quale tipo di accoglienza avrebbe, con i pazienti di oggi, nei nostri studi, un nostro ipotetico atteggiamento di attenzione fluttuante, o l'astensione di freudiana memoria, al cospetto del vissuto di uno dei nostri pazienti che sfortunatamente non ci esprime il desiderio di una passeggiata di scoperta guidata all'interno delle profondità del suo inconscio, ma che necessita di un sostegno autentico per tenere insieme la sua giornata?

Continuando la metafora della rappresentazione scenica proposita, ci aspetteremo forse un terapeuta più accogliente di Castellitto, non distante, meno “ingaggiato” dai propri conflitti personali e per questo più disponibile ad entrare nel mondo dell’altro, meno incline ai ragionamenti ed interpretazioni, e dotato di maggiore forza e gestione.

Ma d’altro canto ci si pone la domanda su quanto sia realistico, oggi, genuinamente, vestire i panni del terapeuta “forte-a-prescindere”, che in virtù della propria esperienza conosce tutte le risposte, e le elargisce all’occorrenza, attingendole via via dalla sua gerla ricolma, accuratamente appoggiata a lato della sua poltrona.

La dimensione del giudizio, spesso intrecciata ad un’eccessiva facilità nel reperire le risposte e nell’attitudine di un atteggiamento sempre schierato, è un ostacolo che si frappone alla relazione, rendendola fragile, necessariamente insicura, a volte anche dipendente.

D’altro canto, e per onestà, occorre riconoscere che, al di là della rappresentazione scenica, la realtà psicologica è un sistema complesso, una foresta di simboli: nell’incontro, da un punto di vista fenomenico, l’atteggiamento del terapeuta, almeno quanto quello del paziente, trasmette e parla del suo mondo e della sua persona.

Come clinici, dunque, appare assolutamente necessario diventare il più possibile consapevoli di ciò che siamo, portiamo e comunichiamo con tutta quella fitta rete di aspetti “non detti” che si manifestano nell’incontro.

Il «conosci te stesso», di socratica memoria, appare pertanto l’unica strada concessa per conoscere l’altro: «*Quale abisso l’uomo medesimo, dice Sant’Agostino, e come è difficile conoscere se stessi, i nostri pensieri e le nostre emozioni e nondimeno, senza questa analisi interiore nulla nemmeno possiamo conoscere degli altri*» (Borgna, 2015).

La terapia richiede che il terapeuta si rinnovi costantemente: che sappia con coraggio riconoscere e definire i punti da rinforzare e con umiltà rivolgersi (supervisione e didattica) a chi li possa rinforzare, per offrire un servizio eticamente corretto.

E, per tornare alla rappresentazione scenica di *In Treatment*, ed alla realtà di ciascuno di noi, è doveroso ammettere che nessuno può impedirsi di guardare le cose nella direzione che conosce; proprio per questo, e per non abbassare mai la guardia sul rischio di proiettare all’esterno sempre il nostro mondo interno, o scenari di esso, appare indispensabile che il terapeuta sappia riconoscere ciò che lo muove, ciò che lo costituisce, ciò che, a partire dalle esperienze della sua storia, ha forgiato lo strutturarsi di determinati significati, delle rappresentazioni ad essi connesse, delle ferite più o meno cicatrizzate, della debolezza o della forza verso certi mondi psicologici.

Nella realtà terapeutica, meccanismi intra ed eteropsichici possono infatti condurre i due attori alla costruzione di una rappresentazione fantasmatica e finzionale in cui il dominio del mondo interno e del vissuto interferisce a tal punto da ostacolare un reale incontro.

Tale esperienza, “l’incontro”, richiede la disposizione ed il coraggio, da parte del terapeuta, ad abbandonare il conosciuto ed il familiare, a decentrarsi, per addentrarsi nella foresta ignota di simboli che rappresenta il mondo dell’Altro, curiosi e disponibili ad abbandonarsi per poi ritrovarsi, al termine di quel singolo e specifico cammino al fianco del nostro paziente, non più soli, e trasformati.

In caso contrario, non si conoscerà mai altro mondo se non il nostro, altra direzione se non la nostra, in una ripetizione continua di ciò che ci appartiene. In questa malaugurata ipotesi, l’incontro terapeutico rischierebbe di essere ridotto a puro stimolo, quando non il teatro dove va in scena il soddisfacimento collusivo di un bisogno condiviso, che non può essere, e non sarà mai, motore di cambiamento.





**L'atteggiamento  
del perito.  
Aspetti clinici  
della valutazione  
del minore  
nei procedimenti  
penali**

*Enrica M. Fusaro*

**I**l perito è uno psicologo che riceve da un magistrato, pubblico ministero o giudice, l'incarico di valutare l'idoneità a testimoniare di un minore che si presume maltrattato e/o abusato: deve indicare in che misura quel minore, in relazione alle risorse che il momento evolutivo gli offre, è in grado di comprendere le domande che possono essere poste, di ricordare e raccontare quanto sarebbe accaduto, collocandolo nel tempo e nello spazio ed eventualmente di saper riferire vissuti, dialoghi, idee che si è fatto sull'evento.

Lo psicologo opera con una finalità innanzitutto psicodiagnostica, finalizzata a ricostruire la personalità del minore e il suo funzionamento, per capire se ci siano degli elementi ostativi, deficit cognitivi, disturbi di tipo psicopatologico o fattori ambientali, per dinamiche familiari particolarmente complesse, che potrebbero fuorviare la testimonianza e la libertà del ricordo spontaneo. Gli strumenti che lo psicologo ha a disposizione sono i colloqui e i test che intende utilizzare per conoscere la personalità: nel momento stesso in cui si comincia a parlare di una finalità psicodiagnostica, però, ci si rende conto che identificare il perito semplicemente come uno psicologo è molto riduttivo.

Il perito in realtà è un esperto che deve avere competenze non tanto e non solo di osservazione, di misurazione del comportamento,

ma soprattutto *cliniche* e pertanto la sua formazione deve essere di tipo psicoterapeutico. Ciò non perché debba curare il minore, ma perché deve avere sviluppato la capacità di osservazione di quello che accade nell'*hic et nunc*, la capacità di ricostruzione e comprensione di possibili legami tra ciò che si osserva, ciò che il minore manifesta e ciò che cela, ciò che implicitamente sta dicendo o sta vivendo. La competenza clinica è la capacità di utilizzare i dati che emergono nella relazione che si crea con il minore in *quel* presente, come indicatori del funzionamento del minore nella sua globalità. L'atteggiamento del perito è quindi un atteggiamento clinico, di ascolto e di osservazione, ma anche di partecipazione: all'interno di questo ascolto introdurrà delle domande, degli elementi variabili per cogliere le reazioni, il cui significato sarà collegato alle indicazioni che i test confermeranno o meno, aprendosi ad uno sguardo di ricerca nel campo relazionale.

L'atteggiamento è il modo consapevole con cui il perito si avvicina: è caratterizzato da quello che pensa della realtà, dalle sue competenze, dal suo stile; è anche la risultanza, la sintesi dei suoi elementi storici, delle sue caratteristiche fisiognomiche, delle sue modalità di espressione, della sua età, della sua esperienza. Come ricorda il professor L. Grandi, l'atteggiamento contiene anche molti elementi inconsapevoli, inconsci e quindi l'atteggiamento che si propone all'interno del rapporto con il minore è un atteggiamento che solo in parte è determinato da vissuti personali coscienti. In un contesto come quello di valutazione peritale questo nodo è particolarmente importante, perché in una dimensione in parte inconscia, in parte cosciente, lo sguardo che il perito può dare sulla situazione può essere un elemento di condizionamento del campo relazionale.

Si tratta di contesti in cui ci si trova di fronte a minori che sono stati vittimizzati, sono minori che sollecitano nel perito reazioni emotive di protezione piuttosto che di interlocuzione e di dubbio; si pensi ad esempio a quando ci si trova di fronte a degli adolescenti particolarmente complessi e in apparenza oppositivi o seduttivi o manipolativi. Il perito non è chiamato a rispondere della credibilità del racconto dei minori, neanche viene invitato a sollecitare la memoria del fatto, casomai a raccoglierlo in modo passivo e contenitivo laddove emergesse spontaneamente, ma è difficile pensare che il perito si faccia un'idea del minore separatamente dalla scena traumatica. Da un lato, quindi, se la sospensione del giudizio è un mito a cui ci si riferisce, ma che al di là delle intenzioni non può essere garantita a livello profondo, la correzione di eventuali pregiudizi personali avviene attraverso un processo cognitivo consapevole: è l'attitudine mentale alla rappresentazione di una scena e del suo opposto. Assumere come veritiero il racconto e quindi immaginare il contesto di questo minore alla luce degli eventi, per poi assumere come

falso il racconto e immaginare il minore in questo contesto, nel suo bisogno di sostenere la menzogna. È questo un esercizio che può aiutare il perito giovane, che forse è ancora mosso dal bisogno di comprendere la “verità”. Via via l’esperienza porterà il perito a rendersi conto della complessità del concetto di verità: la consolidata competenza terapeutica, la formazione all’approccio analitico, che include l’inconscio nella dinamica intrapsichica ed interpersonale, daranno evidenza al fatto che la verità non è una fotografia del reale. Più ancora, nel contesto giuridico, la verità è la verità processuale.

Il perito che ha consolidato un po’ di esperienza, quindi, non ritrova più l’esigenza di comprendere la verità; riesce, invece, ad avere uno sguardo, un approccio al minore in quanto persona, scorporandolo dagli eventi che hanno portato all’incontro. Tuttavia, quando si tratta di maltrattamento o di abuso intrafamiliare, il fatto di incontrare i genitori con la finalità di ricostruire l’anamnesi del minore può indurre degli atteggiamenti interiori più o meno colpevolizzanti, reazioni a come i genitori si pongono o accusano il minore, in una varietà infinita di azioni e reazioni che possono muovere il mondo interno del perito. Nell’ambito della perizia penale, la finalità della valutazione (l’idoneità a testimoniare) aiuta il perito stesso a mantenersi in un ruolo preciso, astenendosi o comunque proteggendosi anche dai movimenti interiori o relazionali nei confronti dei genitori e/o degli adulti coinvolti, perché la finalità conoscitiva è una finalità che vincola il lavoro che si svolge: è per lo più assente una finalità predittiva, come invece accade nell’ambito della perizia civile.

Le caratteristiche di una valutazione “imposta”, che non viene richiesta dalla famiglia o dal minore stesso, fa sì che il contesto sia per sua natura inevitabilmente di giudizio. Sarà compito del perito cercare di assumere un atteggiamento il più possibile libero e di ascolto per facilitare l’espressione da parte del minore, diminuendo l’impatto valutativo che il minore comunque avvertirà. Molte volte il tempo di costruzione della diagnosi, la valutazione del funzionamento della personalità, si sviluppa nell’arco di due, tre incontri, quattro al massimo, e quindi al perito si pone il difficile compito di essere contemporaneamente accogliente e in ascolto (si potrebbe dire ricettivo passivo), ma al contempo attivo nel direzionare lo svolgimento degli incontri. Ad esempio, con un bambino piccolo, gli strumenti diagnostici strutturati sono ridotti e il gioco sarà l’elemento principale: però, rispetto all’uso del gioco che si può fare all’interno di un reale percorso psicodiagnostico, il lavoro del perito dovrà comunque contenere gli spazi di espressione del bimbo, in tempi più circoscritti o inserire varietà di gioco che permettano al perito stesso di osservare il minore in contesti diversi. Potrà esserci il gioco libero, il gioco con i pupazzi, il gioco indirizzato come nel test del villaggio.

L'atteggiamento del perito è quindi un atteggiamento sia di ascolto, sia di indirizzo: il perito si dispone ad accogliere, osservare la libertà che il minore si concede nel manifestarsi in quel contesto valutativo e al contempo mantiene la definizione del contesto. In questo, ad esempio, il perito produce una sorta di alleanza motivazionale: coinvolgere il minore nella finalità degli incontri, spiegando inizialmente al minore stesso che si trovano entrambi, perito e minore, nella circostanza di cercare di conoscersi, perché qualcuno al di sopra di entrambi, il magistrato (che può essere presentato come un amico del perito piuttosto che una persona a cui il perito si riferisce), in qualunque caso una figura che rappresenta un'autorità superiore, desidera incontrarlo. L'alleanza diventa allora un'alleanza intorno alla motivazione condivisa di presentarsi al giudice, di poter il perito far conoscere al giudice il minore, andare insieme ad affrontare il contesto in cui si svilupperà il racconto. L'evento, i fatti oggetto di indagine non entrano nella relazione tra il perito e il minore, non entrano in modo effettivo, ma costituiscono un elemento di sfondo fondamentale. Le motivazioni dell'incontro tra minore e perito sono quindi la conoscenza reciproca, in funzione di un personaggio terzo che esprime comunque nell'immaginario del minore, in una forma o in un'altra, una sovranità a cui è sottoposto il perito stesso. Su questa base l'atteggiamento di alleanza può costituirsi proprio come una dimensione in cui il perito diventa fratello/sorella maggiore del minore. Questa zona di confine è ambivalente per il minore, perché un po' percepisce l'alleanza con il perito verso il compito di andare dal giudice e un po' coglie la diversità (perché comunque il perito è un valutatore): in questa zona di confine, l'atteggiamento del perito è influenzato anche dal proprio vissuto nei confronti del magistrato e del compito che gli viene richiesto.

Il perito, infatti, ha bisogno di muoversi con sufficiente libertà nei confronti del giudice, libertà intesa come autonomia professionale che gli permetterà di esprimere una valutazione a prescindere dalle attese del contesto giuridico, ma anche libertà nel senso di fiducia nel rapporto e rispetto delle reciproche competenze. Se il perito in qualche modo è sovrano nell'ambito psicologico, nel momento in cui l'osservazione psicologica e le sue deduzioni vengono portate nel contesto di un tribunale, in un certo qual modo, la sovranità passa al magistrato: il perito dovrà esprimere le conoscenze che ha raccolto intorno al minore in modo che possano essere fruibili nel contesto giuridico. Nella relazione che si sviluppa con il minore si vede quindi che ci sono degli aspetti e delle finalità conoscitive che avvicinano la relazione alle caratteristiche di una alleanza di aiuto, intesa come desiderio di capire chi è il minore, ma al contempo si osservano elementi di alleanza che si sviluppano intorno ad un compito condiviso, il potersi presentare al magistrato

per affrontare un tema importante per il minore. In questo senso il perito non è nello sguardo del minore solo valutatore, è anche una figura di sostegno in un compito che è per lui perlomeno ignoto.

Si coglie pertanto la complessità del ruolo del perito e del suo mondo interno, a tratti inconscio, nel favorire od ostacolare il rapporto con il minore e con il compito peritale che gli è stato attribuito. L'atteggiamento è rivolto sia verso il minore, ma anche e soprattutto verso il compito affidato, verso il Quesito, di cui la valutazione del minore è un elemento: la relazione è con il magistrato, la relazione è con il minore, la relazione è con l'evento oggetto di indagine.

Una dimensione fondamentale e sensibile che attiva la professionalità e insieme la personalità dell'esperto è l'*audizione del minore*, laddove la complessità dei fattori citati converge in una dinamica articolata a più livelli. Nell'audizione il perito è un ausiliario del magistrato: talora supporta la relazione con il minore, talora "traduce" le domande per il piccolo testimone, altre volte contribuisce a comprendere lo scenario degli eventi, altre volte rimane nell'ombra, a disposizione del magistrato che lo utilizza all'occorrenza. Come è possibile non vivere degli schieramenti ora con il minore, ora con i genitori, ora con il magistrato e gli altri professionisti della scena, avvocati, assistenti sociali, colleghi consulenti di parte? Nel percorso di valutazione del minore che culmina nell'assunzione della testimonianza, una molteplicità di attori e di sentimenti occupano la scena: genitori che si difendono, che accusano, che protestano, incomprensioni tra Servizi, schieramenti aprioristici, bambini e famiglie ora protagoniste ora espulse dal procedimento, di cui ricevono scarse informazioni.

L'atteggiamento del perito richiede di mantenere una salda concentrazione sul proprio ruolo, forte anche di un obiettivo "esistenziale" che lo pone *dalla parte del minore*: il faticoso percorso deve servire a qualcosa, deve avere un senso. Il fatto di pervenire ad una buona audizione (a prescindere dal fatto che sveli la falsità piuttosto che la veridicità dei fatti) è un momento di incontro, di dialogo, di occasione per capire e restituire al minore il suo diritto ad utilizzarla, nella libertà di poter essere ascoltato, nella libertà di sottrarsi al dialogo se vuole, ma che sia anche a lui servita ad un chiarimento, ad una sorta di restituzione; diversamente può diventare una occasione perduta per capire e capirsi, lasciando un senso di inutilità e fallimento.

L'obiettivo del perito è dunque quello, senza disattendere gli obiettivi concreti dell'incarico, di dare senso ed efficacia al percorso che deve condurre il minore a poter dire ciò che vive; l'audizione è uno spazio particolare, preparato da lungo tempo anche dalle indagini: è importante che il minore senta

che è riuscito a fare qualcosa che per lui ha un valore, fosse anche difendersi, fosse anche sottrarsi o manifestarsi, contribuendo all'esercizio del diritto alla giustizia, concetto in apparenza teorico, ma nella sostanza compreso con chiarezza in ogni età.

---

### Bibliografia

- FORNARI U., *Trattato di psichiatria forense*, UTET, Torino 2015
- GRANDI L. G., *La Psicodiagnosi*, Edizioni Libreria Cortina, Torino 1995
- GULOTTA G., *Trattato di psicologia giudiziaria*, Giuffrè, Milano 1987
- Linee guida per l'esame del minore* – Carta di Noto 2011
- L'ascolto del minore testimone* – Linee guida nazionali, Roma 2010
- MAGRIN E. M., *Guida al lavoro peritale*, Giuffrè Editore, Milano 2000
- MALACREA M., LORENZINI S., *Bambini abusati*, Raffaello Cortina Editore, Milano 2002
- ORDINE PSICOLOGI DEL LAZIO, *Linee guida per le perizie in caso di abuso sui minori*, Roma 2008
- SANDLER J., FONAGY P., *Il recupero dei ricordi di abuso*, Franco Angeli Editore, Milano 2016

## **Il “gioco” degli atteggiamenti nella relazione terapeutica**

*Gian Sandro Lerda,  
Veronica Lo Sapio,  
Luca Burdisso,  
Jolanda Pannullo,  
Federico De Marco*

*C.S.P.A. «Grandi»  
Sede di Cuneo*

### **Prospettive di incontro tra manipolazione, seduzione ed aspettative narcisistiche**

La coppia terapeutica vive l'incontro e sviluppa il suo percorso attraverso il dispiegarsi di dinamiche interattive che si svolgono sia sul registro esistenziale del *reale* (terapeuta e paziente come soggetti reali, caratterizzati dal proprio stile di vita e dai propri atteggiamenti), sia sul registro del *fantasmatico* (l'insieme delle rappresentazioni soggettive e delle proiezioni che si giocano nella relazione transferale).

Tale complessità fa sì che le intenzioni di cooperazione e alleanza, che entrambi gli attori consapevolmente dichiarano e sono generalmente pronti a confermare in ogni fase della terapia, spesso non si traducano in atteggiamenti coerenti e comportamenti autenticamente collaborativi, ma lascino il passo a dinamiche manipolative, seduttive o svalutanti, che frustrano le aspettative narcisistiche e spostano spesso l'incontro sul terreno della competizione e della lotta per il potere.

Risulta pertanto di fondamentale importanza per il terapeuta sviluppare l'attitudine a riconoscere l'insorgenza e l'intreccio di tali dinamiche, attitudine che richiede un costante lavoro di analisi e di supervisione, in quanto prevede la messa a fuoco non solo dei meccanismi attivati e agiti dal paziente, ma anche degli atteggiamenti del terapeuta stesso, diretta espressione del suo stile di vita e dell'incontro con l'altro.

Quando in campo scendono non solo il terapeuta e il paziente, ma anche la famiglia di quest'ultimo (come sempre nei setting psicoterapeutici con il bambino e l'adolescente), la questione si complica ulteriormente, le dinamiche competitive e aggressive si presentano spesso con maggior forza e, se non opportunamente gestite, possono minacciare anche la prosecuzione ed il buon esito del lavoro psicoterapeutico. Pur con connotazioni alternativamente diverse, il problema può porsi anche nella relazione terapeutica con soggetti adulti.

Nelle pagine che seguono intendiamo presentare alcune "vignette", cioè momenti di interazione terapeutica vissuti e raccontati da giovani psicoterapeuti, che rappresentano situazioni tipiche in cui è possibile ravvisare la dinamica degli atteggiamenti e i rischi connessi. I commenti proposti e le eventuali identificazioni e riflessioni del lettore possono costituire uno stimolo alla ricerca e all'attivazione di quelle attitudini e di quegli strumenti necessari per un efficace riconoscimento ed una valida gestione del proprio atteggiamento terapeutico.

*Inserisco la chiave nella porta dello studio ed entro. Dopo quattro mesi mi fa un po' effetto. Sono stata a casa per la nascita della mia terza bimba. La signora è già seduta in sala d'aspetto, non l'ho mai incontrata prima. L'ho sentita solo telefonicamente per prendere accordi per incontrare sua figlia di tredici anni, celiaca, che fa una grande fatica a "digerire" questo accadimento della sua vita.*

*«Chi meglio di te può incontrare questa ragazzina?», mi aveva detto il collega che svolge i primi colloqui con i genitori. In effetti, anche io sono celiaca e anche per me non è stato facile elaborare questa novità.*

*Ho già finito la diagnosi, ma questo momento di restituzione con la signora lo vivo come il mio rientro ufficiale post maternità. In fondo la incontrerò insieme al collega, quindi perché preoccuparsi? Ma per me, e non solo per me credo, incontrare i genitori non è facile. Mi sento spesso in difficoltà di fronte alle loro aspettative e preoccupata di restituire un'immagine del figlio comprensibile e accettabile. Questo mi fa assumere spesso un atteggiamento remissivo e accondiscendente, atteggiamento che peraltro caratterizza anche un po' il mio stile di vita e ne sono consapevole. In questo caso si aggiunge il mio particolare momento esistenziale, perché la ripresa dopo la maternità è carica di vissuti forti: senso di colpa, desideri, paure... Comunque entro.*

*«Eh, però, ti è rimasta una bella pancia!».*

*Rimango sulla porta a fissare questa signora che non conosco e che immagino sia la mamma che devo incontrare a breve; il suo atteggiamento*



*di confidenza così intima e le sue parole che colpiscono un aspetto così personale di me, mi pietrifica. Ciò che riesco a dire è: «Lei è la mamma di Giorgia?».*

*«Sì, ma dammi del tu, sei giovanissima».*

Questa vignetta ben esemplifica come l'atteggiamento del paziente (nel caso specifico della madre della paziente) si articola con l'atteggiamento della terapeuta e l'uno rinforzi l'altro. Tale dinamica, qui rappresentata in potenza, avrà modo di svilupparsi nel corso della presa in carico: potremmo dire che il quadretto descritto funge da "prova", un tastare il terreno per impostare le mosse successive.

Nello specifico, l'atteggiamento della terapeuta si articola su più livelli: una certa remissività e accondiscendenza sono riconosciute come modalità che fanno parte dello stile di vita personale, ma sono anche atteggiamenti sollecitati dai genitori dei pazienti (o meglio dalla rappresentazione che la terapeuta ha della categoria "genitori dei pazienti"); si aggiungono a ciò i vissuti relativi al rientro dopo la maternità che rinsaldano ed amplificano gli atteggiamenti predetti.

L'atteggiamento manipolativo e svalutante della madre della paziente, dal canto suo, rappresenta e agisce le intenzioni della stessa nei confronti del percorso terapeutico ma anche, con buona probabilità, una peculiarità del suo funzionamento in senso lato. Come sarà evidente nel prosieguo della psicoterapia, la mamma, accorciando ripetutamente le distanze nei confronti della terapeuta, anche utilizzando messaggi intrusivi ed implicitamente svalutanti, svolgerà un'azione di manipolazione atta ad annullare l'esclusività dello spazio terapeutico della figlia, ad evitare costantemente la messa in discussione di se stessa in un apposito spazio di consulenza genitoriale (da cui è riuscita ripetutamente a sviare) e a trasformare l'intero processo terapeutico in una grande finzione, utile a mascherare dinamiche familiari pesanti e disturbate, spostando il focus ora sulla celiachia, ora sulle difficoltà scolastiche, ora sull'inetitudine della scuola o l'inefficacia della terapia.

Il comportamento eccentrico e le battute di gusto discutibile del primo incontro si rivelano, nel tempo, indicatori di un atteggiamento di manipolazione non solo esercitato nei confronti della terapeuta, ma facente parte del suo stile di vita. Il confronto diretto con altri interlocutori, quali la scuola e il medico di base, ha consentito lo smascheramento di un intreccio di menzogne, alcune consapevoli altre inconsapevoli, attraverso cui la signora riusciva a mantenere nascosta, e quindi inalterata, una situazione di profondo disagio familiare e della ragazza stessa, muovendo le "pedine" in gioco in modo da creare dinamiche conflittuali e confusive e riservare per sé la parte

di “difensore buono” della figlia. Evidentemente la dichiarata disponibilità alla collaborazione celava un bisogno malato di controllo e manipolazione e introduceva nel campo di gioco disorientamento e dinamiche aggressive.

L’epilogo di tale situazione si consuma durante un incontro tra la signora, la terapeuta della ragazza e il terapeuta deputato al sostegno dei genitori. I terapeuti decidono di modificare il proprio atteggiamento per ridefinire le regole del gioco: la terapeuta della ragazza pone nuovamente come condizione per il proseguimento della terapia, questa volta in maniera categorica, lo svolgimento in parallelo di un percorso per i genitori. Il terapeuta deputato a tale percorso chiarisce che è necessaria una collaborazione reale tra tutti gli attori in campo ed evidenzia alcune condizioni irrinunciabili affinché si possa svolgere il lavoro terapeutico (ad esempio che il padre partecipi agli incontri e che tutte le informazioni utili vengano trasmesse alla coppia terapeutica). La signora, di fronte all’atteggiamento fermo del terapeuta, cerca ripetutamente di interromperlo per vanificare le richieste o mostrarne l’inadeguatezza e l’inapplicabilità. Invitata ad ascoltare per intero le condizioni per farne successivamente una discussione comune, la signora si alza e abbandona la stanza del colloquio. Si conclude così il percorso terapeutico.

Di certo non si può classificare tale esito come un successo terapeutico, ma di fronte alla non praticabilità di un intervento efficace, anzi all’eventualità di fornire un rinforzo alle dinamiche patologiche di quel sistema familiare, l’uscire di scena costituisce probabilmente l’unica possibilità per evitare la collusione e mantenere chiari i termini e i confini del nostro lavoro. Rimane la speranza che le chiarezze fatte possano aprire una breccia di consapevolezza nel funzionamento patologico e finzionale della signora, ma sappiamo per esperienza che, purtroppo, è difficile scalfire una pietra dura con un solo colpo di scalpello: più probabile che questa mamma prontamente riesca a rileggere l’accaduto integrandolo nei suoi schemi di riferimento, mantenendo così inalterato il patologico equilibrio personale e familiare.

*Marianna ha tredici anni. Un anno e mezzo fa si è sviluppato un quadro di disturbo dell’alimentazione: per questo motivo i genitori si sono rivolti al nostro Istituto con la richiesta di una presa in carico psicoterapeutica, parallela alla presa in carico medica e dietologica presso l’ASL di riferimento.*

*Dei nostri primi incontri, che si sono svolti un anno fa circa, ricordo la tensione che veniva espressa dall’atteggiamento della ragazza orientato al controllo di sé e di me, insieme ad una tenace, seppur educata, ostilità al percorso psicoterapico. Da allora incontro Marianna ogni settimana: attende alcuni minuti in sala d’aspetto, generalmente con sguardo scon-*

tento, come volesse far sentire in colpa chi, genitori e terapeuti, ha concordato che lei dovesse essere qui. Ogni volta, quando termino il colloquio precedente e mi avvicino all'ingresso, Marianna si alza e il suo sguardo sembra divenire sorridente, forse compiacente. Oggi Marianna è una ragazza vivace, di bell'aspetto e con sguardo attento, tendenzialmente cinico. Il suo fisico è tonico e molto sportivo.

Nei primi minuti del colloquio in oggetto mi ha raccontato che quel giorno ha faticato a iniziare i compiti e studiare; poi si è alzata in piedi dalla poltrona per mostrarmi alcuni passi di danza appena imparati. Ho atteso, rimanendo seduto. Ho guardato con imbarazzo, coglievo nei suoi movimenti il transfert erotico di una preadolescente.

Poco dopo abbiamo deciso di uscire per continuare la seduta a passeggio sul viale. Appena usciti Marianna mi ha detto: «Sai perché oggi ho iniziato tardi a studiare? Perché ho mangiato tantissime ciliegie. Più o meno la quantità di tre tazze piene». Era una rivelazione importante che comunicava una sua intima paura: la possibilità di perdere il controllo, in particolare nell'alimentazione.

Ho risposto: «Sai, a volte per le persone che hanno avuto un disturbo dell'alimentazione può essere normale avere momenti nei quali viene tanta tanta fame e si mangia in modo impulsivo».

Il mio intento era quello di rassicurarla ma il mio atteggiamento, espresso attraverso quelle parole formali, comunicava qualcosa di differente che mi stupiva. Ero stato distanziante, quasi volessi ricordarle la sua anormalità.

Perché? Non è parte del mio atteggiamento usuale mettere questa distanza.

In seguito, camminando, ho commentato: «Oggi l'aria è un po' fredda». Marianna mi ha risposto dicendomi: «Se vuoi puoi mettere la mia felpa del Toro!». Ho rifiutato, non sapendo come rispondere per garantire la distanza necessaria nel caso in cui l'ipotesi di un transfert erotico fosse corretta.

In questa vignetta il terapeuta, maschio di trentadue anni, si trova di fronte ad alcuni atteggiamenti della giovane paziente e contemporaneamente alle prese con la gestione dei propri atteggiamenti.

Risulta interessante notare come il terapeuta attivi prontamente la lettura degli atteggiamenti propri e della ragazza, ma come tale azione non sia sufficiente per trovare nell'immediato un'adeguata modulazione della risposta comportamentale.

La paziente mette in campo alcuni comportamenti e verbalizzazioni che traducono un atteggiamento seduttivo ed un accorciamento delle distanze: si potrebbe considerare un progresso, pensando all'iniziale difficoltà nell'in-

staurare una relazione di fiducia e alla freddezza ostile a lungo manifestata, ma occorre valutarne le implicazioni e i possibili rischi. Il bisogno di controllo, che caratterizza primariamente il funzionamento della ragazza, può servirsi di atteggiamenti compiacenti, seduttivi, quasi intimi per scopi manipolativi. Inoltre le modalità erotizzate possono attingere a movimenti transferali in atto, sollecitati dalle pulsioni adolescenziali. Si tratta di atteggiamenti e movimenti, sia i primi che i secondi, che non devono essere inibiti o repressi, ma che vanno trattati con cautela e opportunamente modulati, elaborati ed indirizzati nella relazione terapeutica.

Il terapeuta, mentre registra e cerca di interpretare tali nuovi atteggiamenti della paziente, sente una discrepanza tra il proprio abituale stile, connotato da accoglienza e calore, e l'atteggiamento che, suo malgrado, si produce in quella situazione. L'imbarazzo di fronte ai passi di danza, le parole e il tono con cui commenta la confidenza sull'abbuffata e il rifiuto della maglia traducono un atteggiamento distanziante, assai poco accogliente.

Risulta necessario un attento lavoro su di sé da parte del terapeuta nell'ambito del proprio percorso di analisi didattica, per verificare quanto il proprio atteggiamento in seduta rappresenti un'azione difensiva controtransferale nei confronti dei movimenti transferali della paziente, vissuti come pericolosi per il mantenimento della giusta distanza e dell'efficacia terapeutica, o quanto rispecchino uno stile personale nella gestione della sessualità e della seduttività nelle relazioni. Tale analisi può portare allo sviluppo di consapevolezza importanti sia per la gestione del caso in oggetto, sia come strumento di crescita personale e professionale in senso più ampio.

Anche in questo caso le dinamiche degli atteggiamenti messi in campo dalla coppia terapeutica, non opportunamente gestite, possono portare al configurarsi di assetti relazionali stabili connotati da giochi di manipolazione, seduzione e potere, non utili per il perseguimento della meta comune rappresentata dall'evoluzione sul lato utile della vita. Questo obiettivo può essere rappresentato, nel caso di Marianna, dalla possibilità di trasformare gli atteggiamenti seduttivo/compiacenti e dunque controllanti in atteggiamenti affettivi e affettuosi, che favoriscano l'espressione dello slancio vitale in una relazione.

*Ricevo l'invio di un ragazzino di undici anni, in seguito ad una diagnosi neuropsicologica da cui non sono emersi disturbi dell'apprendimento, ma probabili problematiche di tipo emotivo.*

*Come sempre, quando arriva un nuovo paziente, sono curiosa di incontrarlo, vedere com'è fisicamente e come si avvicina. Come sempre, quando sento di un ragazzino in difficoltà, mi si attiva l'accudimento, ancor prima di avere di fronte il soggetto stesso.*

*Ludovico si presenta come un ragazzino in leggero sovrappeso, sul cui volto emerge spesso un sorrisetto un po' provocatorio, accompagnato da frasi che mi sembrano più ripetute a pappagallo che veramente sue. Sia durante la diagnosi sia in psicoterapia, mostra spesso un atteggiamento svalutante nei confronti delle attività proposte: in alcuni casi rompe dei materiali di gioco o della stanza, in altri pare svogliato. In generale mi sembra un ragazzino molto difficile da raggiungere emotivamente: ogni mia proposta viene da lui bocciata, ho la sensazione che non si fidi di me.*

*Un giorno domando a Ludovico cosa è solito fare a casa. «Niente... guardo il soffitto». Rimango subito colpita, non so se leggere la sua risposta come l'ennesima provocazione o come una risposta reale. «E qui, cosa vorresti fare?». «Boh... guardare il soffitto». Si accomoda sulla sedia distendendo le gambe e punta lo sguardo verso l'alto, in silenzio. Sono seduta accanto a lui, mi arriva una grande sofferenza. «Va bene, allora lo guarderò insieme a te». Ludovico si volta sorpreso a guardarmi, senza dire nulla. Io assumo la sua stessa posizione sulla sedia, appoggio il capo sullo schienale e guardo il soffitto.*

*I primi minuti per me sono faticosissimi. Nella mia mente si presenta l'immagine del padre di Ludovico che, nei colloqui di restituzione e di aggiornamento sulla terapia, si è mostrato molto svalutante sia con me che con la collega che segue i genitori e ha spesso boicottato i tentativi educativi della madre, assumendo un atteggiamento di disprezzo nei suoi confronti anche durante le sedute. I miei timori di non essere all'altezza della situazione, che spesso si presentano quando mi vengono assegnate situazioni difficili, vengono amplificati dal rievocare questo atteggiamento evidentemente svalutante del padre. Con grande fatica cerco qualcosa di più incoraggiante per proseguire l'incontro. Penso allora alla fatica di Ludovico nel sentire le sue emozioni e nel riconoscere quelle degli altri, ascolto quella sofferenza che mi arriva come un'onda mentre resta in silenzio a guardare il soffitto. Questo atteggiamento esterno ed interno mi consente di mettermi finalmente in connessione con il bambino, come se nel silenzio dei fili invisibili ci collegassero. È in quel momento che Ludovico, dopo una bella manciata di minuti di silenzio, mi racconta di alcune situazioni a casa che lo fanno stare male. Poi guarda tra i materiali della stanza e chiede di giocare con il pongo. «Eccoti qui», penso, «finalmente ti ho trovato». Ma con Ludovico i momenti in cui sento di aver guadagnato un po' di fiducia durano poco. E la fatica che provo nello stare con lui mi rende sempre più chiara la sua di fatica.*

*Nel prosieguo della terapia pare che ad ogni piccola apertura di Ludovico nella relazione con me, corrisponda un inasprirsi degli atteggiamenti oppositivi del padre. Inizia ad arrivare sistematicamente in ritardo sia*

*nel portare il figlio che nel venirlo a recuperare al termine delle sedute. Addirittura scopro, attraverso la finestra dello studio, che il padre aspetta sull'auto la fine della seduta, per cui programma intenzionalmente ritardi sempre più consistenti, producendo disagio a Ludovico che deve aspettare e alla sottoscritta nella gestione delle sedute successive.*

*La mia rabbia giunge al clou quando, insieme alla collega, durante un colloquio di verifica, cerco di portare l'attenzione del padre sul significato che possa avere per Ludovico quell'attesa, al termine della seduta. Con fare sprezzante il padre risponde che non dovrei preoccuparmene e che nel mio onorario sono previsti anche quei tempi in più. Poi inizia a criticare e screditare le attività che Ludovico racconta di fare durante gli incontri, catalogandole come «giochi per bambini piccoli».*

*L'atteggiamento del padre di Ludovico nel relazionarsi con me, con la collega e con la moglie permette di ipotizzare, insieme ad altri dati emersi durante i colloqui, un rapporto difficile con il femminile. Di riflesso, anche Ludovico propone atteggiamenti svalutanti e aggressivi nei confronti della madre e chiude prontamente il dialogo con me non appena paiono aprirsi minimi spiragli di comunicazione.*

*Le azioni di boicottaggio ed interferenza sul percorso terapeutico con Ludovico (ritardi, svalutazioni, assenze) traducono la necessità del padre di controllare e gestire uno spazio dedicato al figlio e non a lui, imponendo in qualche modo il suo potere.*

*Contrariamente al mio abituale atteggiamento nei confronti dell'aggressività dei pazienti e degli altri in genere, tendente a gestire la mia rabbia considerando e cercando di comprendere i vissuti soggiacenti agli atteggiamenti altrui, in questo caso sento sorgere in me un'emozione più forte che si manifesta attraverso una certa difficoltà nel trovare parole efficaci nel dialogo con questo signore e attraverso un comportamento non verbale di tensione ed imbarazzo.*

*Ritengo possibile che tali miei atteggiamenti abbiano stimolato ulteriormente il padre di Ludovico nel perpetrare i propri comportamenti, rendendo più forte la sua sensazione di poter controllare non solo il setting delle sedute del figlio, ma anche il mio confine emotivo personale.*

L'analisi di questa situazione terapeutica evidenzia l'intrecciarsi del gioco degli atteggiamenti su diversi piani: l'atteggiamento di dubbio della terapeuta circa la propria efficacia si incontra con l'atteggiamento svalutante del padre; questo attinge ad una possibile problematica con il femminile che trova nel setting psicoterapico uno schieramento (terapeuta del figlio – terapeuta dei genitori – moglie) verso cui dirigere la propria opposizione

e dimostrare la propria potenza, boicottandone le azioni terapeutico-educative nei confronti del figlio. Quest'ultimo, prigioniero di tali dinamiche, pur manifestando alcune occasionali aperture, propone anch'egli un atteggiamento distanziante e svalutante, in maniera solidale con il padre, per ottenerne immediati vantaggi (in termini di beni materiali e permissivismo) e perseguire una fisiologica identificazione con il maschile. Alla terapeuta è possibile accedere a momenti di incontro autentico con Ludovico solo nel momento in cui riesce a prendere distanza dall'atteggiamento svalutante del padre, riproposto dal figlio in seduta, per cogliere ed entrare in contatto con la parte più fragile del bambino, con la sua fatica nel sostenere le dinamiche familiari e nel riconoscere le proprie ed altrui emozioni.

Ma le forze in gioco nel sistema familiare risultano estremamente resistenti all'azione terapeutica, anzi paiono trovare un rinforzo per opporsi al suo impatto. Non appena si apre una breccia, parte un'azione di risposta che sferra un nuovo attacco e ripristina il controllo. La terapeuta avverte, anche in questo caso, la discrepanza tra il suo abituale atteggiamento di accoglienza nei confronti delle manifestazioni aggressive (in situazioni cliniche e non) e le reazioni di rabbia intensa e i conseguenti atteggiamenti tesi e imbarazzati nei confronti di questo padre. È anche consapevole che tali atteggiamenti possono rinforzare a loro volta gli atteggiamenti del padre che, oltre a mantenere il controllo del figlio, si gioca anche la possibilità di mettere in scacco le figure femminili coinvolte.

In questo caso è risultata efficace la decisione di cambiare coppia terapeutica, mettendo in gioco due figure maschili. Ciò ha consentito a Ludovico di poter entrare in relazione in maniera meno ambivalente con il terapeuta, rispetto a quanto non fosse avvenuto con la collega, permettendogli contemporaneamente di sperimentare un maschile diverso da quello del padre, capace anche di restituire una visione alternativa del femminile. Il padre, dal canto suo, ha trovato un campo libero da presenze femminili sollecitanti vissuti transferali aggressivi e svalutanti, incontrando un terapeuta uomo a sua volta meno faticosamente coinvolto nella gestione del controtrasferimento. L'atteggiamento accogliente e solidale di quest'ultimo ha consentito in svariate occasioni di stemperare gli attacchi aggressivi e lasciar trapelare le insicurezze di base, che potevano ricevere adeguata rassicurazione e sostegno, anche attraverso la proposizione di un modello identificatorio.

*Nella pausa tra una seduta e la successiva, scendo al bar per un rapido caffè. Il caso vuole che, proprio accanto a me, è in attesa del suo caffè il papà, poco più che mio coetaneo, di un bimbo che ho iniziato a seguire un paio di settimane fa. Non appena mi riconosce mi saluta e, in maniera*

*molto educata, inizia a chiacchierare del più e del meno. Rispondo in maniera generica e neutrale, fino a che mi dice: «Dai, dottore, posso offrirle un caffè?». La domanda mi coglie impreparato e sento un certo imbarazzo, tant'è che la mia risposta affermativa è decisamente sbrigativa e un po' impacciata.*

Ecco una classica situazione di incontro casuale al di fuori del setting terapeutico. Un momento di realtà quotidiana si inserisce in maniera imprevista all'interno di un rapporto nato e sviluppatosi esclusivamente nelle stanze di un centro di psicologia, quindi chiaramente connotato nella sua natura e nei ruoli. Il terapeuta al bar si sente colto alla sprovvista e improvvisamente "nudo". Non ci sono quelle pareti, quelle poltrone e quella targa fuori dalla porta, ma un bancone, tanta gente sconosciuta e il profumo del caffè. Il giovane collega ha posato l'abito dello psicologo e indossa i panni della persona comune, probabilmente anche un po' stanca e desiderosa di un momento di pausa.

Rivedere in supervisione questi attimi apparentemente banali risulta utile al terapeuta per indagare e lavorare sui propri atteggiamenti. Quanto il terapeuta-persona ha bisogno di tutte le protezioni del setting e gli abiti del mestiere per avvicinare con sufficiente sicurezza il paziente-persona? Le finzioni dell'incontro terapeutico sono funzionali alla costruzione di un rapporto che mantenga chiara la sua natura e le sue finalità, oppure costituiscono un artificio che non consente un autentico contatto umano? D'altro canto la definizione dei ruoli e la connotazione clinica degli incontri è necessaria per evitare lo scivolamento in modalità relazionali che renderebbero il lavoro terapeutico impossibile e soggetto a numerosi condizionamenti.

Il giovane terapeuta prova comprensibilmente un momento di imbarazzo, anche perché avverte il pericolo di eventuali manipolazioni o svalutazioni da parte del genitore del proprio paziente, che accorcia le distanze e interloquisce "alla pari" su un piano di realtà.

L'atteggiamento di imbarazzo produce risposte comportamentali sbrigative ed impacciate da parte del terapeuta che possono essere vissute dal soggetto in questione come freddezza e distacco (superiorità), oppure come segnale di insicurezza e debolezza, potendo influenzare così la relazione terapeutica. Da qui l'importanza di monitorare e riconoscere i propri atteggiamenti, per imparare con il tempo, l'esperienza e la supervisione a modularli in maniera armonica ed efficace.



In conclusione, e per riprendere le premesse, il campo dell'incontro terapeutico è sempre interessato da un intenso gioco di atteggiamenti tra paziente e terapeuta, che necessita di un'attenta e costante analisi. L'auspicabile ed ideale assetto cooperativo può essere contaminato (come negli esempi riportati) da dinamiche manipolative, seduttive o svalutanti che si intrecciano con le insicurezze e le aspettative narcisistiche del terapeuta, specie se giovane. Solo l'esperienza, l'analisi didattica e la supervisione costante possono consentire di cogliere di volta in volta le forze in campo, comprese le proprie, e di tradurre anche i movimenti competitivi e manipolativi in occasioni di lavoro per la coppia terapeutica, sia sul registro reale che fantasmatico. Il binomio insicurezza/aspettative narcisistiche, tipico del terapeuta che teme il potere del paziente, i suoi atteggiamenti aggressivi, la sua ambivalenza o la sua intrusione che supera i limiti del ruolo, e nello stesso tempo si aspetterebbe "di diritto" un atteggiamento adeguato e riconoscente del paziente, una collaborazione effettiva ed autentica, un riconoscimento costante del proprio ruolo, può cedere il passo ad una più realistica visione del lavoro terapeutico. Quest'ultimo, partendo spesso da una condizione di sofferenza e di carenza di sentimento sociale, comporta necessariamente la sperimentazione anche nella relazione terapeutica delle durezze, spigolosità e criticità del paziente e proprio su queste e attraverso di queste il terapeuta potrà lavorare per il bene della persona, riconoscendo e gestendo i rispettivi atteggiamenti.



**Essere  
o non essere...?  
Giù la maschera.  
Le problematiche  
dell'atteggiamento  
in ottica Individual  
Psicologica**

*Gian Piero Grandi,  
Annarita Carena,  
Maria Luisa Giardina,  
Stefania Torriano,  
Francesca Falbo,  
Luca Burdisso*

**Riflessioni introduttive**

*a cura di Gian Piero Grandi*

Gli stimoli letterari, lo studio della Individual Psicologia e le intuizioni analitiche del professor Grandi hanno portato all'elaborazione e alla riflessione in merito ai concetti di atteggiamento e contro-atteggiamento. È stato così possibile mettere in atto riflessioni vuoi inerenti il setting terapeutico che i contesti relazionali/ambientali. L'oggetto del lavoro: la realtà degli adolescenti e dei giovani adulti che possono riflettere tratti di personalità già narrati, in passato, dagli autori classici. Tra gli stimoli ricercati sono in rilievo le figure di Dorian Gray, giovane adulto della Londra Vittoriana ma con caratteristiche simili ai giovani moderni, e gli "eroi" delle Anime giapponesi (modelli, se così si possono chiamare, nei quali spesso ci s'identifica allo scopo di trovare rifugio dalla realtà che spesso genera disagio).

Alla luce delle riflessioni riportate, è stato possibile considerare l'atteggiamento come insieme di credenze, convinzioni, valutazioni positive o negative inerenti comportamenti attuabili a livello esteriore; modi di essere e/o di presentarsi riconducibili all'esperienza. La soddisfazione dei bisogni determina in modo inconsapevole l'esigenza di dar vita a finzioni direttrici che orientano il movimento. L'atteggiamento può essere pertanto consi-

derato come una manifestazione fenomenica dei bisogni inconsci. Assume il ruolo di *habitus* da indossare a seconda delle occasioni che si presentano. Verranno così inscenati diversi ruoli atti a mostrare la persona non per come è realmente ma per come desidera apparire. Essere o non essere, dubbio amletico che porta alla riflessione seguente: mi accetto per come sono oppure ho bisogno d'indossare diverse maschere a seconda delle situazioni che si possono presentare? L'indossare troppe maschere può tradursi in una sfrenata danza di finzioni spesso adoperate allo scopo di dare un senso alla noia e ai vissuti di vuoto che possono attanagliare la persona e le sue relazioni. La moderna società porta a viverci come all'interno di un'illusione: alla civiltà del disagio, vittima di quel senso di noia che può portare al sentirsi e al viverci come impotenti. Viene così a crearsi il mondo del "come se", influenzato dalla realtà esterna e interna. L'esperienza emotiva che ne deriva può inscenare un cambiamento positivo o negativo delle finzioni che decidiamo di mettere in atto. Nelle relazioni e, conseguentemente, all'interno del setting terapeutico è opportuna la lenta acquisizione degli strumenti atti al togliersi le maschere indossate. Il terapeuta dovrà mettere in atto il suo personale atteggiamento, il suo modo d'essere a livello esteriore. Nel farlo dovrà rispettare i tempi del paziente; andare alla ricerca del paradigma indiziaro prestando particolare attenzione alle zone di luce e di ombra che si possono incontrare. Si proporrà a cuore aperto mostrandosi per come è realmente, pronto ad accogliere, ad "abbracciare"... a infondere speranza facendosi carico dell'altrui sofferenza. L'uomo, la persona, il terapeuta potrebbe concludere questa breve riflessione con: «Ama l'imperfetto tuo prossimo con l'imperfetto tuo cuore».

## **1. Atteggiamento del paziente e atteggiamento del terapeuta**

*a cura di Annarita Carena*

Con il termine *atteggiamento* s'indica la disposizione di ogni persona di produrre risposte emotive, sentimentali, comportamentali, determinate dall'ambiente familiare, sociale o lavorativo, riguardo a situazioni, gruppi o oggetti. In quest'ottica l'atteggiamento viene costruito nell'interazione con gli altri "significativi" e nella sua determinazione risulta infatti importante ciò che noi riteniamo essere rilevante per loro, ciò che pensiamo di essere, di voler e dover essere.

Noi ci modelliamo e siamo modellati dalla relazione con l'altro (il professor L. G. Grandi insegna che il Sé non si struttura se non nella relazione) ma anche da tutto ciò che essa comporta: aspettative, desideri, paure...

In questo senso l'atteggiamento ha a che fare con il mondo finzionale del soggetto e si pone come sua manifestazione fenomenica: io penso ed agisco in base a quella serie di credenze, convinzioni e valutazioni (finzioni) che si sono formate nella relazione con il mio contesto di vita e che mi permettono di mediare tra i miei bisogni e la realtà, in una prospettiva finalisticamente orientata, ossia mirante al raggiungimento di una meta. Le convinzioni che stanno alla base delle finzioni del soggetto non sono necessariamente vere e comunque non sottoposte a conferme o verifiche, ma sono funzionali al suo equilibrio e al suo poter stare nel mondo, ma poiché spesso si pongono sul lato non utile della vita, imprigionano il soggetto in credenze e comportamenti che in realtà sono per lui mortiferi. L'atteggiamento è quindi la manifestazione di bisogni inconsci che si sono creati nella relazione con l'ambiente di vita del soggetto e più in generale del suo stile di vita.

In questo senso la terapia si pone come mezzo utile allo smascheramento e allo smantellamento delle finzioni del paziente che deve essere aiutato a ritrovare il suo Sé creativo<sup>1</sup> più che riproporre coattivamente degli schemi.

Nell'incontro con il terapeuta, quindi, il paziente non può comportarsi diversamente rispetto a come fa con il resto del suo contesto di vita: l'atteggiamento che avrà nei suoi confronti sarà necessariamente improntato alle stesse finzioni che lo guidano nel suo essere nel mondo. Ecco quindi che il paziente «*mente e mente sempre, all'altro e a se stesso, pur spesso non sapendolo e non volendolo coscientemente fare, presentandosi attraverso una serie di maschere utili però al suo poter stare nel mondo*» (cit. prof. L. G. Grandi). Queste finzioni, però, a volte diventano disfunzionali e patogene dal momento che il soggetto è giunto alla consultazione.

Gli atteggiamenti sono difficilmente attaccabili e modificabili poiché sono funzionali al soggetto nella lettura della realtà e nel suo potersi muovere in essa, ma nascondono e schiacciano l'autenticità del soggetto, la sua parte creativa e vitale. Il soggetto è imprigionato nel "non essere", dove l'essere autentico può invece essere raggiunto con la terapia. Qui s'inscrivono le resistenze alla terapia che quando funziona è vissuta come un attacco alla propria stabilità.

Quando i pazienti arrivano in terapia agiscono come fanno con tutti gli attori del proprio contesto di vita, pensando ed agendo in base alle convinzioni che informano il loro stile di vita, evidenziando quell'immagine di sé che sentono reale e che devono difendere, proponendo stili relazionali appresi ed ormai incarnati.

<sup>1</sup> Istanza che rende significative le esperienze, le modula e caratterizza.

### *1.1. Dubbio amletico... la rappresentazione teatrale insegna*

Amleto – nelle vesti di moderno terapeuta – rivolgendosi al teschio s'interroga rispetto all'essere non autentico della finzione (non essere) e la riscoperta del proprio Sé autentico (essere). Il soggetto nell'altro vede se stesso, un portatore di uguali bisogni, di stesse concezioni del mondo e della vita, di uguali convinzioni e credenze. La finzione si muove all'interno di un'ottica privata di riferimento, è autocentrata poiché mira al soddisfacimento di un bisogno sottostante che però è privato. L'uomo perciò fatica a vedere l'altro e se lo vede lo fa con i suoi occhi, attraverso i suoi schemi e la sua logica, fatica a riconoscere e accettare l'alterità, le differenze, i diversi punti di vista.

Discorso simile per il terapeuta e qui si entra nel campo del suo personale e adeguato atteggiamento: da una parte egli può “prestare la sua testa” al paziente, adottare il suo punto di vista, cioè entrare nella sua finzione per aiutarlo con il tempo a comprenderla, elaborarla e restituirla bonificata, offrire un contenitore di pensieri, emozioni e un nuovo apparato per “pensare” nuovi punti di vista e alternative. È anche il terapeuta che offre parti di sé utili alla terapia, mette al servizio del paziente le sue parti sane e attraverso la sua messa in gioco crea quel clima utile al cambiamento. D'altra parte anche il terapeuta può correre il rischio di “perdere” la testa, di vedere se stesso nel paziente, di perdere le distanze confondendosi con lui, non riuscendo a mantenere i confini tra sé e l'altro, con il rischio di dare risposte proprie al bisogno dell'altro. Al contrario il terapeuta può mettere troppa distanza vedendo il paziente come esclusivamente altro da sé con il quale non è pronto, per vari motivi, a condividere nulla. È come se il paziente e il terapeuta fossero due mondi completamente separati che non possono comunicare fra loro né tanto meno comprendersi. Questo a volte perché anche il terapeuta può muoversi all'interno di una sua finzione di cui però non è consapevole e che non è debitamente gestita.

Da qui l'importanza per il terapeuta di cercare di avere chiaro cosa si sta giocando nella relazione e non solo da parte del paziente. Riconoscere le proprie reazioni e il modo di stare con il paziente nonché gli atteggiamenti messi in campo: da una parte si assiste alle proiezioni del paziente per cui l'analisi dell'atteggiamento del terapeuta aiuta a comprendere come sta e cosa prova; al contempo si considerano i nuclei più o meno “patogeni” del terapeuta stesso, delle sue zone d'ombra, del suo stile di vita, delle sue credenze e delle sue finzioni che però necessita vengano riconosciute al fine di non inficiare il lavoro terapeutico.

Detti atteggiamenti a confronto e in relazione, che possono considerarsi quali manifestazioni fenomeniche che affondano le loro radici nell'incon-

scio, sono la parte manifesta di elementi e bisogni che devono essere disvelati, collocati ed elaborati e ciò sia nel paziente che nel terapeuta.

## **2. Quando lo stile di vita abbraccia la finzione**

*a cura di Maria Luisa Giardina*

Se consideriamo gli atteggiamenti come un insieme di credenze, convinzioni, valutazioni positive o negative di un qualcosa, si rende necessario, in una riflessione a ritroso, porre attenzione al concetto di finzioni, da intendersi come idee soggettive che portano in sé elementi consci e inconsci, tali da mettere l'uomo nella condizione di mediare tra i propri bisogni e la realtà. È la necessità di soddisfare, in parte o del tutto, un bisogno, sia esso sano o patologico, atto a determinare, in modo inconsapevole, l'esigenza di dar vita a finzioni direttrici che orientano il movimento. L'atteggiamento, che potrebbe intendersi come la manifestazione fenomenica dei bisogni inconsci, può assumere valenza positiva o negativa, in base alla soddisfazione del bisogno sottostante.

I bisogni dipendono dalla personalità, in quanto il concetto di sé è composto non tanto da quello che si è, ma da quello che gli altri significativi pensano che noi siamo. È importante quello che si pensa di essere, che si vuole diventare, in base alle credenze, alle idee, alle opinioni, che ci siamo fatti di noi stessi, partendo dalle aspettative e dai giudizi delle persone importanti per noi.

Un atteggiamento può essere definito stabile se è in grado di soddisfare numerosi bisogni e se tali bisogni sono prioritariamente collocati per la persona, ovvero se il sistema finzionale è sufficientemente rafforzato.

A seguito di tali premesse, si ritiene opportuno procedere rivolgendo particolare attenzione a quanto accade all'interno del rapporto terapeuta/paziente, che vede la coppia analitica impegnata ad affrontare il lento e complesso lavoro di smantellamento delle finzioni rafforzate, che determinano il disfunzionale stile di vita del paziente, in cui le ferite originarie hanno reso necessario il costituirsi di un mondo del "come se", che permettesse al paziente di trovare un equilibrio tra il bisogno sottostante e la realtà.

Il compito che l'analista si trova a dover affrontare è alquanto arduo, considerando che le credenze e le convinzioni di base, su cui l'intera personalità del paziente si fonda, sono difficili da cambiare; è più facile, infatti, farsi un'opinione che cambiarla. Le ragioni di tali difficoltà sono da ascrivere alle resistenze che l'inconscio mette in atto per difendere le sue convinzioni, non tanto per la bontà di queste ultime, ma per non incorrere nella

frattura dell'equilibrio illusorio e irreali creato dalla finzione, per non cadere in quel caos che metterebbe in difficoltà la personalità del soggetto e il suo stile di vita. Da tali accadimenti deriverebbe la faticosa ricerca di un nuovo equilibrio.

L'analista impegnato nel promuovere e garantire un maggior benessere al paziente si trova spesso nella condizione di dover tenere conto di elementi che riguardano il paziente e il suo stile di vita, con elementi che riguardano se stesso e il proprio stile di vita. L'empatia, intesa come la capacità di entrare in contatto con l'altro, vibrando con lui, permette all'analista di raggiungere il paziente in quello spazio di confine in cui gli aspetti più profondi di entrambi s'incontrano, per poter meglio comprendere il linguaggio finzionale del paziente e gradatamente creare, insieme a lui, un linguaggio comunicativo fatto di una nuova simbologia finzionale, condivisa da entrambi e che permetta all'analista di poter creativamente creare circuiti elaborativi condivisi; è in questa dimensione che l'analista, capace di tenere conto dell'altro e di sé, può prendere per mano il paziente e accompagnarlo verso quel difficile percorso di cambiamento, che dovrebbe facilitare il disvelamento delle finzioni e promuovere atteggiamenti che vanno verso il lato utile della vita.

L'analista deve sempre avere in mente le proprie zone grigie, che inevitabilmente vengono sollecitate dalle proiezioni transferali, originatesi dall'incontro con l'altro, in cui sono presenti una molteplicità di sentimenti, non sempre consci, che possono determinare atteggiamenti inadeguati da parte del terapeuta e che metterebbero in crisi il processo di cambiamento.

Al fine di essere il primo agente terapeutico, l'analista deve conoscere a fondo se stesso e il proprio stile di vita, il proprio sistema di credenze e deve essere consapevole che stare con l'altro genera un incontro-scontro, costante e in via di sviluppo fra due stili di vita (gli atteggiamenti), in continua contaminazione; all'inizio il terapeuta deve accogliere e lasciarsi contaminare dallo stile di vita del paziente, per poterlo comprendere e fare proprio, per poter maneggiare profondamente un linguaggio a lui sconosciuto, che porta in sé diversi elementi che restano silenti e agiscono nel buio dell'inconscio. Nel progredire della terapia e della conoscenza terapeutica, quando la vicinanza emotiva della coppia si fortifica, il terapeuta promuoverà una controcontaminazione del paziente con elementi del proprio stile di vita, in quanto il processo di cambiamento si genera dall'intreccio di elementi bonificati del paziente e di quelli del terapeuta, che inevitabilmente, in ogni incontro, dona parti di sé.

Il mondo del "come se", distinto dal mondo della realtà, è comunque influenzato dalla realtà esterna, e dall'esperienza emotiva che di questa si



fa, esperienza che imprime o può imprimere un cambiamento di forma alle finzioni direttrici.

### 3. Dorian Gray: giovane adolescente moderno

a cura di Gian Piero Grandi

«Com'è tragico», mormorò Dorian Gray, gli occhi fissi sul suo ritratto, «com'è tragico!» «Io diventerò vecchio, brutto, ripugnante. E questa immagine rimarrà sempre giovane. Giovane quale io sono in questa giornata di Giugno. Oh, se si potesse realizzare il contrario! Se io dovessi rimanere sempre giovane, e il ritratto diventasse vecchio! Per questo, per questo, darei qualunque cosa! Darei la cosa più preziosa del mondo! Darei anche la mia anima per questo!» (Oscar Wilde, *Il ritratto di Dorian Gray*).

Cosa siamo disposti a fare pur di non perdere ciò a cui teniamo maggiormente; sino a dove può spingersi l'animo umano al solo scopo di mantenere invariata quella che si crede essere la propria immagine, il “mezzo” con il quale ci si mostra al mondo. La maschera che s'indossa allo scopo di confermare o innalzare l'immagine che si ha di sé.

Dorian Gray, giovane rampollo della Londra del XIX secolo, altro non è che un possibile antenato dell'adolescente moderno. Giovane uomo orientato esclusivamente alla soddisfazione dei propri bisogni. Individuo che perfettamente incarna lo spirito dell'individualismo, dell'Homo homini lupus (Thomas Hobbes), di colui che “basta a se stesso”.

Sembra essere andato perduto il concetto di persona intesa, in ottica Individual Psicologica: «Io sono le mie relazioni».

Dorian Gray cade vittima dell'illusione e della speranza di poter restare giovane per sempre; tale sua convinzione si ridurrà esclusivamente a livello esteriore. La sua maschera resterà sempre giovane perdendo, però, i valori insiti nella sua anima. La sua bellezza solo in superficie resterà intatta senza rendersi conto di quale mostro si nasconde dentro di lui. E così, in preda a questa folle illusione, decide di cambiare il proprio atteggiamento; intervenire sull'opinione che gli altri hanno di lui e sulla condotta da mettere in atto nella società.

Le sue risposte emotive subiranno delle modificazioni a livello sentimentale, comportamentale e determinate dall'ambiente familiare, sociale e lavorativo. Il suo atteggiamento sarà il mostrarsi non per quello che si è ma per come si desidera apparire, credendo che questa sua scelta lo possa portare alla felicità. Così, l'adolescente si mostra al mondo per come vuole apparire, permettendo ai suoi demoni interiori di prendere il sopravvento sulla legge

morale facendogli lentamente perdere la speranza di poter essere accettato e riconosciuto per come è realmente.

L'Individual Psicologia potrebbe intendere l'atteggiamento come una sorta d'involucro delle finzioni: *idee soggettive comprendenti elementi consci e inconsci. Svolgono l'utile funzione di mettere l'uomo nella condizione di mediare tra i propri bisogni e la realtà, in una prospettiva finalisticamente orientata. Le finzioni sono immagini guida* (Ansbacher H., Ansbacher R., 1956).

Il giovane Dorian necessita di crearsi delle rappresentazioni mentali inconscie allo scopo di ottenere conferme o verifiche che lui ritiene utili allo scopo di orientarsi correttamente nel mondo. E così il moderno adolescente, preda delle sue convinzioni, mette in atto dei comportamenti, dei modi di essere che ritiene rispecchianti la sua vera natura. Atteggiamenti che – parafrasando Alfred Adler (1912) – nelle situazioni difficili e incerte possono andare a rivestire il ruolo d'imperativi di legge, dell'ideale insito in noi e di ciò che riteniamo essere il libero arbitrio senza renderci conto che in realtà non ci possiamo considerare come liberi quanto piuttosto in balia di illusioni, di false credenze, ignorando i valori umani che sono stati trasmessi nelle principali tappe evolutive.

Nelle situazioni in cui non riescono a mostrarsi per come vogliono apparire, vengono a trovarsi come proiettati in un mondo buio, nell'oscurità che regna nel loro inconscio.

### 3.1. *Io, i miei affetti, gli altri*

La psicologia sostiene come l'atteggiamento sia influenzato da una componente cognitiva, affettiva e comportamentale. Quella cognitiva è costituita dalle credenze associate alla valutazione globale che disegna l'atteggiamento, sì da portare alla messa in atto di comportamenti pianificati difficili da modificare poiché diventati parte del modo d'essere dell'individuo che li mette in atto.

La componente affettiva comprende i sentimenti, gli stati d'animo, le emozioni e le reazioni del sistema nervoso che accompagnano l'atteggiamento stesso. La componente comportamentale, infine, può essere definita come la spinta al compiere azioni vuoi esplicite vuoi implicite che sono alla base della valutazione che l'atteggiamento veicola.

L'atteggiamento può essere una manifestazione di come si è a livello esteriore mostrando non tanto ciò che si è quanto piuttosto quello che gli "altri" significativi credono che noi siamo: l'immagine sociale che si vuole mostrare, costruita e costituita dalle aspettative e spesso influenzata dai giudizi delle persone di riferimento. L'atteggiamento messo in atto può spesso rispec-

chiare capacità che ci sono state attribuite in seguito alle azioni messe in atto e che sono state ritenute come significative.

Conseguentemente non è tanto importante come si è realmente quanto piuttosto quello che si pensa di essere, che si vuole diventare, che si pensa di poter diventare. Le scelte comportamentali future rischiano di ridursi a un processo volto alla conferma dell'immagine di Sé; a una strategia volta a ufficializzare il "Noi" davanti agli altri. Può essere opportuno riflettere e prendere maggiormente in esame il contesto socio-ambientale e gruppale al fine di tenere sotto controllo i condizionamenti subdoli e la motivazione all'affiliazione o alla compiacenza.

Compito dell'uomo-terapeuta sarà quello – all'interno del setting terapeutico – di avvicinarsi, comprendere e svelare gli atteggiamenti che saranno inscenati dal paziente all'interno della seduta.

Dorian Gray, il nostro adolescente moderno, metterà in atto atteggiamenti favorevoli volti alla soddisfazione dei suoi bisogni. Incapace di accettarsi per ciò che è realmente, cercherà di non entrare in contatto con quelli che possono essere i suoi limiti e farà il possibile al fine di superare il senso di vuoto che lo attanaglia. Il moderno giovane adulto viene a trovarsi come catapultato in una società governata da costanti vissuti di noia; dall'incapacità di trovare un senso alle situazioni che gli si possono presentare. A tale scopo metterà in scena atteggiamenti molteplici che non rispecchiano il suo reale modo d'essere quanto piuttosto disparate maschere da indossare a seconda delle situazioni.

Dorian, ragazzo a cui apparentemente non manca nulla, è incapace – come la maggior parte dei giovani d'oggi – di accettarsi e riconoscere i suoi inevitabili limiti. La moderna società lo porta a viverci come all'interno di un'illusione: un mondo fittizio orientato esclusivamente al principio del piacere e all'immediata soddisfazione dei bisogni da raggiungere con qualunque mezzo (lo scopo giustifica i mezzi).

Sembrano essersi quasi perduti i principi della morale tanto decantati nel passato da Aristotele e più recentemente da Kant.

*«Agisci in modo che la massima della tua volontà possa valere sempre e al tempo stesso come principio di una legge universale...»* (I. Kant, *Critica della ragion pratica*, 1788). L'imperativo categorico kantiano sopra citato ha ormai perso il suo valore; l'adolescente – Dorian Gray – incapace di fare sacrifici e spinto esclusivamente da una spasmodica soddisfazione dei suoi bisogni sembra viverci alla stregua di un "guscio vuoto" che ha bisogno di riempire senza badare ai mezzi che potrà mettere in atto.

Lentamente verrà incarnato lo spirito del narcisista patologico volto alla ricerca del piacere in cui l'altro è visto e considerato come oggetto parziale.

Dorian è giovane, bello, incapace di amare, di provare emozioni, di costruire relazioni soddisfacenti. I compiti vitali – alla base della teoria adleriana – non sono minimamente presi in considerazione; è come se non venissero ritenuti necessari. Pensa di poterne, tranquillamente, fare a meno: il senso della vita pare essere volto al bisogno di accrescere al massimo l'immagine che si vuole dare, come si crede di essere.

Le relazioni sono costruite su strategie volte all'inganno del prossimo, a far credere all'altro di essere importante; di essere apparentemente disposti a tutto per l'altra persona e una volta raggiunto l'obiettivo se ne cerca un altro più difficile da raggiungere. Così facendo non ci sarà più la ricerca del desiderio ma del "desiderio del desiderio", inoltrandosi sempre più in un circolo vizioso che porta lentamente al formarsi di un'organizzazione di personalità patologica. Il Dorian Gray moderno sarà spinto costantemente da questa sua ricerca e indosserà le più disparate maschere a seconda delle situazioni che gli si presenteranno. Maschere che hanno lo scopo d'inscenare i suoi atteggiamenti vuoti nella vita quotidiana vuoti all'interno del setting terapeutico. Gli amici lentamente diminuiscono poiché la ricerca del piacere lo porterà a "calpestare" i valori dell'amicizia sino a trovarsi completamente solo. Così come Dorian Gray, accuratamente descritto da Oscar Wilde, non sarà affatto disposto a riconsiderare il proprio comportamento. Resterà intatta la sua convinzione di essere perennemente "giovane" non curandosi dell'oscurità che si cela dentro la sua anima. Nel "nostro" Dorian vige la speranza di poter cambiare, di poter modificare il proprio comportamento in ogni momento, ma gli atteggiamenti messi in atto lo portano a diventare una personalità dipendente dalle sue false credenze dalle quali non riuscirà facilmente a liberarsi.

Regnerà in lui un *modus vivendi* in balia dei vizi capitali; ogni qualvolta che crederà di essere in possesso di tutto ciò che desidera si renderà conto, invece, di essere una persona vuota e invidiosa di ciò che gli altri possiedono. La ricerca del piacere gli farà assumere l'atteggiamento dell'*Homo eroticus* (George Bataille, *L'eroticismo*, Oscar Mondadori, 1969) dominato dalla ricerca dell'estasi e dalla voluttà. L'amore e la morte diventano i poli opposti che definiscono e circoscrivono l'eroticismo. Crederà di sentirsi realizzato nella sua pienezza solamente quando avrà raggiunto e provato situazioni limite sconcertanti poiché, come sostiene Bataille, «*dell'eroticismo si può dire innanzitutto che esso è l'approvazione della vita fin dentro la morte...*».

Dorian nella sua vita si è spinto oltre ogni limite per soddisfare il suo piacere; allo scopo di non "affogare" i suoi impulsi si è macchiato di crimini che hanno portato alla privazione della vita di altri uomini.

L'adolescente, quando comincia a toccare con mano che i suoi atteggiamenti lo stanno portando non alla costruzione di una sana immagine di Sé quanto piuttosto alla distruzione dell'identità e dell'essere uomini... quando si rende conto che ormai è rimasto solamente il "non essere", può chiedere aiuto vuoi alle persone da lui ritenute significative vuoi a noi terapeuti.

Ma, così come nella vita, anche all'interno di un contesto terapeutico l'adolescente fatica ad abbandonare i suoi atteggiamenti. Risulta difficile togliersi la maschera e guardarsi allo specchio; Dorian ha paura di guardare il suo ritratto e scoprire chi è e cosa è diventato. Tale emozione di paura può portare a mantenere, in parte, gli atteggiamenti messi in atto anche all'interno del setting terapeutico. Abbandonare le finzioni che si sono costruite e consolidate spaventa; accettare il cambiamento costa fatica e bisogna essere disposti a ri-mettersi in discussione. Sarà compito del terapeuta mettere in atto un attento e meticoloso lavoro di ricerca del *paradigma indiziario* (L. G. Grandi) volto alla ricerca del non detto; di ciò che si ha paura di fare emergere.

Il terapeuta sarà a contatto con gli atteggiamenti che verranno inscenati e dovrà mettere in atto a sua volta un atteggiamento volto alla cura e al disvelamento delle finzioni che gli saranno presentate. Verrà pertanto agita la reazione emozionale del terapeuta, una reazione che si manifesta a livello esteriore e che emergerà nei confronti del paziente. Una reazione volta ad aiutarlo a togliersi le varie maschere indossate e mostrarsi per come è realmente, non per come vuole o ha bisogno di apparire. Ma al fine che ciò si manifesti sarà compito del terapeuta il mostrarsi lui per primo per come è realmente. Dovrà fare in modo di mettere in campo emozioni che rappresentano lo stile di vita del terapeuta, non disparate finzioni volte a mostrarlo per ciò che desidera di essere.

All'interno del percorso terapeutico sarà, altresì, opportuno rispettare i tempi del paziente al fine di permettergli d'entrare gradualmente in contatto con le sue risorse. Può risultare fuorviante smascherare gli atteggiamenti che vengono messi in atto quando non si è ancora pronti. Winnicott sosteneva l'importanza di *aspettare, aspettare e ancora aspettare*; le persone con le quali ci rapportiamo non sono tutte uguali, hanno diversi tempi che devono essere rispettati.

Un avvicinamento messo in atto in momenti non opportuni può generare reazioni inaspettate; è opportuno comprendere quando può essere il momento di avvicinarsi e accogliere il nostro paziente.

Il nostro Dorian, che crede di aver perso la speranza, dovrà raggiungere un adeguato livello di fiducia nei confronti del "suo" terapeuta al fine di permettergli di avvicinarsi a lui; lentamente arriverà ad affidarsi così da poter

entrare maggiormente in contatto con le sue emozioni e correttamente collocarle e riconoscerle.

Spesso può capitare che l'adolescente metta in atto atteggiamenti dovuti ai modelli che ha acquisito nel corso della sua vita, nelle esperienze che ha vissuto. Se, per esempio, ci si rapporta con persone che disprezzano e svalutano l'altro, può capitare che la "vittima in questione" riconosca come suoi personali esclusivamente quegli atteggiamenti che rimandano al disprezzo e può conseguentemente mettere in atto comportamenti che lo porteranno a sentirsi come tale. Da notare come quello che si crede di essere rischi di diventare sempre più reale sino a nascondere vuoi a noi stessi vuoi agli altri il nostro vero essere, le nostre reali risorse.

Compito terapeutico è il favorire l'abbandono delle false credenze portando a un accrescimento dell'autostima e al riconoscimento delle risorse.

L'adolescente, il "nostro" Dorian moderno, spesso in preda ai vissuti di vuoto e di noia che lo avvicinano lentamente alla perdita della speranza, si abbandona all'oscurità e ai fantasmi della sua anima. Nella fatica del riuscire a dare un senso alla sua vita, è alla ricerca di "mondi" nei quali rifugiarsi. Luoghi nei quali solo lui può entrare, dimensioni inaccessibili agli estranei che lo possono lentamente portare a chiudersi in se stesso e fantasticare su possibili atteggiamenti e comportamenti da mettere in atto. Nel suo percorso di crescita s'imbatte nei suoi demoni istintuali provando ad affrontarli e non riuscendo, però, sempre a ricorrere correttamente alle proprie risorse. Disparati possono essere i luoghi nei quali nascondersi, nei quali cercare riparo e incontrare, invece, i "demoni".

#### **4. L'"Anime": atteggiamenti mascherati di modernità**

*a cura di Gian Piero Grandi e Stefania Torriano*

Si vuole concentrare l'attenzione sulle "Anime" giapponesi: oggetto di particolare interesse per gli adolescenti e per i giovani adulti.

L'adolescente moderno, come affermato in precedenza, può tranquillamente vestire l'habitus di Dorian Gray oppure quello di Light Yagami protagonista del manga e Anime "Death Note". Chi è Light Yagami? Rappresenta il classico adolescente modello in possesso di tutto ciò che si può desiderare: di bell'aspetto, capace di ottenere il massimo dei risultati scolastici senza il minimo sforzo, circondato da amici e ragazze. Apparentemente sembra non mancargli nulla, eppure non è soddisfatto dei suoi talenti. Sono presenti in lui innumerevoli vissuti di noia e fastidio per la monotonia della sua vita. Vorrebbe dare un senso alla sua vita; non contento per ciò che è, vuole

mostrarsi per come desidera essere. Un giorno trova il “Death Note”: un quaderno dai poteri oscuri che un dio della morte ha lasciato cadere sulla terra. Se si scrive il nome di una persona, della quale si conosce il volto, sul quaderno quest’ultima muore per arresto cardiaco dopo 30 secondi. Oppure possono essere specificate le cause della morte. Light ottiene la facoltà di poter decidere della vita delle persone. Inizialmente decide di ripulire la terra di tutti i criminali allo scopo di creare un mondo migliore, senza rendersi conto che lentamente si sta trasformando in un “mostro”. Come può un uomo decidere il destino di un altro uomo? Il Death Note per Light Yagami può avere la medesima funzione del ritratto per Dorian.

Light, Dorian, l’adolescente... uniti dal medesimo vissuto di vuoto, di solitudine, di abbandono, sono alla ricerca di un atteggiamento che li possa mostrare per quello che non sono; per ciò che vogliono apparire credendo di trovare così la felicità, di potersi sentire realizzati. Illusione: non si rendono conto di vivere all’interno di un mondo fittizio, di essere vittime delle finzioni che si sono costruiti.

Il Light adolescente si mostra come un ragazzo pulito del quale potersi fidare, ma altro non è che un “guscio” vuoto. La sua anima è nel quaderno che lentamente viene riempito di nomi. Light si sta lentamente trasformando in un dio della morte, non riesce a riconoscere la negatività delle sue azioni e si crede invece una sorta di salvatore. Pur di giungere alla realizzazione di se stesso è disposto a sacrificare le persone a lui care. Come Dorian, incarna lo spirito del narcisista patologico; come Dorian ha bisogno di qualcuno che lo possa aiutare ad abbandonare gli atteggiamenti messi in atto e riconoscersi per come è realmente.

Light vuole elevarsi al livello di Dio e ci riesce trovando il Death Note, che, come la mela ad Adamo, gli viene consegnato da una creatura superiore, in questo caso uno *shinigami*, nel racconto biblico il serpente-diavolo.

Light tende a spingersi sempre oltre, sostenuto anche dall’idealizzazione che di lui fa la società, collaborando a tratti con Elle (figura che può coprire un ruolo terapeutico) vivendo quindi in modo onnipotente la finzione del “come se” non dovesse mai essere scoperto. D’altra parte, il contro-atteggiamento di Elle è molto cauto. Fin dall’inizio i suoi sospetti ricadono su Light, ma cerca di non far trapelare nulla in un lento processo di avvicinamento per rispettare e non affrettare i tempi allo scopo che possa instaurarsi l’alleanza terapeutica. Collabora con lui, diventando quasi suo amico, tentando prudentemente di non svelare la sua finzione prima del dovuto tempo. È proprio quando tale finzione rischia di non tenere più, cioè quando Elle sta per smascherare la vera identità di Light, diventando quindi un pericolo, che il giovane adolescente si vede costretto a uccidere il “suo terapeuta”.

La prima parte dell'Anime è molto incentrata dal reciproco rincorrersi dei due personaggi principali: ricerca, dubbi, sospetti, accorgimenti e proprio quando sembrano essere più vicini alla verità ecco che se ne allontanano.

La maschera, però, prima o poi è destinata a cadere. Sarà, infatti, il successore di Elle, Near, a svelare quella finzione che era parte di lui da tanto tempo. A questo punto Light non può sopravvivere: la sua ritrovata natura umana non è abbastanza per lui; non si riconosce più, ha smarrito il suo essere *persona*.

L'“Anime” e la situazione affrontata lasciano spazio a riflessioni sul senso di vuoto sperimentato da alcuni adolescenti, vuoto che in qualche modo si tende a colmare con l'immersione in una realtà parallela costituita dai personaggi di manga ed Anime giapponesi (per esempio). Questi, infatti, con i loro temi rispondono a molti dei bisogni degli adolescenti, come la lotta contro una parte oscura e l'identificazione con dei personaggi forti. Il rischio è però quello di estraniarsi in questo modo dalla realtà sociale che li circonda e il lavoro terapeutico, in questi casi, è quello di utilizzare l'Anime per entrare in relazione con il ragazzo, facendolo sentire capito e accolto, utilizzandolo anche per farlo parlare di sé in maniera più indiretta, per poi cercare di riportarlo al mondo reale.

Non sempre risulta possibile come nei casi affrontati di Light e Dorian per i quali i loro “terapeuti” non si sono mostrati capaci di mettere in atto adeguati e funzionali “atteggiamenti” e i due adolescenti non hanno avuto la predisposizione a fidarsi e mettersi in gioco.

## **5. Contro-atteggiamento: lavoro del terapeuta**

*a cura di Francesca Falbo*

Ciò che porta al cambiamento in terapia è la relazione e quindi il poter fare esperienza, da parte del paziente, di una nuova modalità relazionale, modalità che è sicuramente caratterizzata dal suo modo di fare e porsi e da quello proprio del terapeuta.

Gli atteggiamenti che ognuno si porta dentro guidano il suo comportamento e derivano dall'ambiente familiare e sociale: essi si attivano in seguito a movimenti emotivi che determinano una particolare tendenza conscia di porsi e proporsi.

Gli atteggiamenti sono manifesti e ci aiutano ad affrontare la realtà: sono qualcosa che indossiamo in seguito a delle sensazioni emotive.

Attivano nella persona che abbiamo davanti un atteggiamento che potremmo definire “di riflesso”: in terapia, per quanto neutrali si cerchi di



essere, le modalità di porsi dell'altro stimolano nel terapeuta una serie di risposte, alcune inconse e altre conse che guidano il suo addentrarsi nello stile di vita del paziente.

Il terapeuta non si pone allo stesso modo con tutti i pazienti, non è una macchina e l'atteggiamento del paziente farà sì che il clinico risponda a esso tramite le emozioni che vengono attivate.

Se vediamo gli atteggiamenti come dei vestiti che indossiamo a seconda delle occasioni, possiamo pensare che essi derivino dal contesto di crescita dell'individuo e che possono riguardare anche il modo con cui egli vuole farsi vedere e conoscere.

Pensando al lavoro con gli adolescenti questo "indossare" appare forse più chiaro: l'adolescenza è un periodo di cambiamento repentino, di ridefinizione di se stessi, di passaggio dal bambino che si era, all'adulto che si sarà: cos'è che può ancora guidare l'adolescente in questo mare di cambiamenti? Probabilmente il mostrare ciò che si ritiene significativo per sé, il mostrarsi con addosso una modalità che faccia riconoscere chi lui sia, il costruirsi, quindi, un atteggiamento da indossare quando necessario.

In terapia sarà grazie alla modalità relazionale del terapeuta (e quindi al suo atteggiamento) che il paziente potrà rivisitare il proprio modo di avvicinarsi al mondo e di conseguenza potrà (forse) usare dei "nuovi vestiti" da indossare.

Il terapeuta può farsi aiutare dal più consono atteggiamento che sente voler porre in essere, mediandolo e chiedendosi perché quel paziente gli provoca quella particolare modalità di porsi e restituendola in modo comprensibile all'altro.

## **6. Il gruppo di supervisione del venerdì s'incontra: riflessioni conclusive**

*a cura di Luca Burdisso*

L'atteggiamento sembrerebbe proporsi attraverso le finzioni e dunque, così come queste possono talvolta essere rigide e pervasive (diffuse in modo penetrante nei vari ambiti di vita), anche un atteggiamento può riscontrare le stesse difficoltà.

Talvolta ci accorgiamo che gli obiettivi di una psicoterapia percorrono il cambiamento di atteggiamento del paziente e necessitano della relazione partecipe del terapeuta.

Potremmo forse un po' azzardando ritenere che la trasformazione e messa in discussione dell'atteggiamento del terapeuta sia elemento fondamentale per il cambiamento di quello del paziente.

È dunque un fatto significativo il poter riconoscere un atteggiamento, ma lo è anche immaginare quali siano i passi e le prospettive per un cambiamento di questo.

I due passaggi, riconoscimento e cambiamento, vanno forse di pari passo.

Ci sembra di poter osservare che un fattore significativo per limitare la rigidità dell'atteggiamento "spesso stereotipato" del terapeuta in una relazione specifica sia l'acquisizione e il confronto di dati e narrazioni che riguardano il paziente da parte dei genitori, allorché si ripercorrono le tappe dell'infanzia, o di altre figure con le quali è possibile dialogare (i cosiddetti "significativi").

Il confronto con il gruppo di supervisione ha fatto emergere che un rischio fuorviante potrebbe essere il considerare i dati provenienti dall'esterno e le informazioni narrative che acquisiamo sul paziente come dati di realtà.

Sarebbe molto pericoloso. Se riteniamo infatti che gli atteggiamenti (nell'alveo della coppia terapeutica) siano manifestazioni conscie di movimenti emotivi, identificatori e in generale transferali e controtransferali, non possiamo ritenere oggettivabile l'osservazione che noi abbiamo del paziente.

Gli stessi dati che provengono dalla famiglia e dal contesto riguardanti il paziente sono dunque rappresentazioni e narrazioni ma non dati di realtà.

L'atteggiamento e l'atteggiamento "di rimando" si strutturano come strategie per adattarsi e sopravvivere a un dato ambiente: famiglia, scuola, lavoro, relazioni affettive.

Per questo motivo i dati e le narrazioni che provengono dall'esterno possono essere davvero significativi per meglio comprendere alcuni aspetti della relazione con il paziente.

Ci si può chiedere dunque se e come questi elementi possano contribuire alla modificazione dell'atteggiamento.

Un'altra via che ci sembra possa facilitare il riconoscimento di un atteggiamento e del percorso che l'ha costruito è quella di indagare e trovare indizi in seduta che permettano di individuare la discrepanza tra la rappresentazione della realtà che propone il paziente e i dati di realtà (per quanto generalmente non oggettivabili).

Insegnamento di Grandi è il mettere in atto un lavoro volto a indagare con sollecitudine in seduta, al cercare indizi, a evitare d'incorrere nel rischio di non cristallizzare rappresentazioni di sé sull'altro.

La prassi operativa, nell'Istituto di Psicologia Individuale «A. Adler», nelle terapie dell'infanzia prevede che un professionista lavori con l'adulto e un altro differente con il minore.

Questo lavoro in e di relazione permette di aggiungere e confrontare dati e narrazioni per meglio riconoscere l'atteggiamento del paziente e contemporaneamente riconsiderare il nostro.

Dal confronto con i colleghi sul percorso psicoterapico con i pazienti possiamo cogliere alcune tracce delle nostre modalità di rappresentarci o altre sfaccettature per arricchire e non irrigidire al nostro sguardo il suo atteggiamento.

Le nostre relazioni professionali permettono dunque la rivisitazione degli atteggiamenti.

Ci sembra dunque importante sottolineare l'importanza di un lavoro di supervisione in gruppo, momento nel quale noi stessi possiamo, attraverso i rimandi degli altri, trovare conferme di alcuni aspetti del nostro atteggiamento oppure deluderne altri. Potremmo inoltre rivedere e soprattutto arricchire con sfumature alcune nostre rappresentazioni archetipiche (la madre, il figlio, il padre, il padre defunto, il nuovo compagno della madre, i genitori adottivi) limitando il rischio che queste s'irrigidiscano e di conseguenza irrigidiscano il nostro atteggiamento quando ci confrontiamo con esse.

«Essere o non essere» sembra dunque declinarsi ora come «Riconoscere e confrontare».

La patologia può essere ritenuta un atteggiamento? Domanda ostica questa!

Se così fosse ci vorrebbe davvero molta esperienza per allenare il proprio sguardo al riconoscimento del proprio atteggiamento con alcune specifiche patologie o disturbi.

La parola "esperienza" ci sembra faccia proprio riferimento alla possibilità favorita anche dal tempo di confrontare e rivedere con colleghi e didatti le sedute e i nostri atteggiamenti.

Un atteggiamento che ci sembra si presenti con buona frequenza in adolescenza è il distacco, la distanza dalla vita, dalle passioni, dal proprio mondo interno.

Una distanza che possiamo talvolta riconoscere nella difficoltà del paziente adolescente a raccontarsi e trovare parole.

Il contro-atteggiamento che talvolta riscontriamo in noi con questi soggetti e che emerge dal confronto in supervisione di gruppo è spesso di fastidio, impotenza, rabbia.

Sembrirebbe dunque che questa distanza o difficoltà a proporre parole che medino la relazione possa essere una forma di aggressività.

Forse è una forma di aggressione nei confronti di uno stile di vita operativo, colloquiale, che insegue l'aspirazione alla superiorità.

Una teoria, in questo caso quella Individual Psicologica (in particolare aspetti come l'aspirazione alla superiorità, il sentimento sociale...), può rischiare di proporsi come atteggiamento che irrigidisce una relazione terapeutica ingessando l'uno e l'altro in ruoli e aspettative?

Per evitare ogni dogmatismo, è bene rifletterci su e confrontarsi, in spirito di umiltà e di comprensione di letture, anche le più distanti dal nostro modo di leggere e interpretare quanto viene proposto al nostro sguardo.

# L'empatia come atteggiamento dello psicoterapeuta verso il paziente

*Francesca Imoda*

«*Lo spirito non è nell'io ma tra l'io  
e il tu*»

*Martin Buber*

«*L'amore si può conservare solo se  
lo si dona, e lo si può donare perfet-  
tamente solo se lo si è ricevuto*»

*Thomas Merton*

## **Che cosa è l'empatia**

L'empatia è una attitudine che si prova verso l'altro quando si sente risuonare in Sé qualche cosa dell'altro, a volte ancora prima di riuscire a definirlo. È un canale insostituibile di conoscenza e di comprensione dello stile individuale del paziente che permette di cogliere l'esperienza interna che la persona sta provando, di intuire ciò che l'altro sta sperimentando in un particolare evento, per quanto soggettivo, emotivo e, a volte, indicibile.

Si potrebbe annoverare l'empatia tra i fenomeni transizionali<sup>1</sup>, come «quell'area intermedia di esperienza alla quale contribuiscono contemporaneamente realtà interna ed esistenza esterna», soggetto ed oggetto, ciò che è dell'uno e ciò che è dell'altro: l'esperienza empatica non appartiene a chi empatizza, ma nella partecipazione, in certa misura, lo diventa. Ciò con-

<sup>1</sup> WINNICOTT D.W., *Transitional objects and transitional phenomena: a study of the first not-me possession*, in «International Journal of Psychoanalysis», 34 (1953), 89-97.

sente di abitare uno spazio condiviso che diventa terreno di comunicazione profonda, anche senza parole. Si produce un movimento psicologico da sé all'altro e viceversa, pur mantenendo comunque una posizione di relativo distacco e di autonomia, grazie ad una fondata e stabile identità, requisiti che sono necessari a chi svolge relazioni di aiuto.

## Come si forma l'empatia

Dal punto di vista evolutivo l'empatia è un ingrediente vitale per la nascita e la costituzione del proprio Sé in quanto l'altro esercita una funzione di stimolo, di rinforzo, di valorizzazione, di convalida del senso di Sé.

Le importanti sperimentazioni ad opera delle neuroscienze hanno dimostrato che l'empatia è una capacità innata: è innata, infatti, la possibilità di percepire lo stato mentale altrui e l'intenzionalità che porta l'altro a compiere quella determinata azione, è innata la capacità di afferrare il senso delle azioni dell'altro<sup>2</sup>.

Così come la maturità umana non può essere adeguatamente compresa che alla luce di una «concezione dinamica evolutiva» e porta, nei diversi stadi di sviluppo, forme diverse di maturità, così vale per l'empatia che va incontro, nella storia psicologica dell'individuo, a varie trasformazioni.

Un precursore dell'empatia è quella forma di condivisione immediata e involontaria che si ha nelle persone che interagiscono con il neonato. Si tratta di una forma di contagio emotivo che può ricomparire ad ogni età quando il soggetto, esposto ad emozioni molto intense, perde il necessario distacco favorito dalla mediazione cognitiva e smarrisce i propri confini, diventando così incapace di «contenere la condivisione nei limiti della differenziazione» come invece è proprio dell'empatia<sup>3</sup>.

Le tappe poi si susseguono in parallelo allo sviluppo cognitivo. Tra i 7 e i 9 mesi si evince che nel bambino le intenzioni sono diventate condivisibili, benché in assenza di autoconsapevolezza; tra il primo e il secondo anno si registra un tipo di empatia che Hoffmann definisce egocentrica; dai 3 ai 6 anni il bimbo evolve sempre più nella capacità di rappresentarsi mentalmente quanto può accadere nel mondo interno degli altri, immaginandosi vissuti interni anche molto diversi dai suoi. Solo verso i 10 anni, però, pare che il soggetto sia in grado di intercettare nell'altro una sempre più vasta

<sup>2</sup> P. EAGLE M.N., *La simulazione incarnata: i neuroni specchio, le basi neurofisiologiche dell'intersoggettività ed alcune implicazioni per la psicanalisi*, in «Psicoterapia e Scienze Umane», 40 (2006), 543-578.

<sup>3</sup> HOFFMANN M.H., *Empatia e sviluppo morale*, Il Mulino, Bologna 2008.

gamma di emozioni e sentimenti sempre più complessi a cui egli partecipa vicariamente.

Nell'adolescenza si pongono le condizioni per una reale costanza emotiva dell'oggetto, fonte di stabilità e di modulazione affettiva nella relazione<sup>4</sup>. È pertanto il configurarsi dell'identità personale definitiva che permette un più maturo riconoscimento dell'identità altrui e apre al luogo possibile per una condivisione empatica.

Nei casi in cui si siano verificate ripetute rotture nelle comunicazioni emotive (tanto più se avvengono in fasi arcaiche della vita), è probabile che si radichino nel soggetto stili di vita in cui le qualità empatiche non hanno modo di esprimersi e di costruirsi.

Nei casi in cui il piccolo non può scoprire il proprio Sé negli occhi della madre, la sua vita intrapsichica stenta a costruirsi su una base sicura. Il bambino, infatti, ha bisogno di scambi rispettosi ed empatici con il caregiver in un dialogo costante, in genere muto. In questo modo è in grado di trovare se stesso in chi gli presta le cure, come in uno specchio, lo sviluppo della sicurezza interiore aumenta e con esso anche il senso del proprio valore e della propria autonomia.

A questo proposito Kernberg<sup>5</sup> sostiene che «i mattoni» della struttura psichica di ciascuno si sedimentano solo grazie a interazioni reali connotate affettivamente, in cui, oltre al rispecchiamento (la mamma si identifica nel mondo emotivo interno del bambino), il caregiver è in grado di fornire al bambino una trasformazione degli affetti penosi per lui, in modo che diventino esperienze possibili da metabolizzare e quindi cariche di significato.

Il caregiver sicuro ha una funzione calmante che sa combinare il rispecchiamento con una manifestazione incompatibile con lo stato emotivo del bambino (fronteggiando quindi il suo stato). Emerge quindi il concetto per cui l'empatia non è, di per sé, perfetta coincidenza di modi del sentire: la discrepanza tra ciò che prova il bambino e come la madre accoglie il suo vissuto contenendolo permette l'organizzazione del Sé del piccolo, perché mostra al bambino un più alto livello della sua esperienza.

## **Atteggiamento dello psicoterapeuta ed empatia**

Il terapeuta non è uno schermo bianco, un osservatore neutro, a cui la conoscenza teorica fornisce un accesso privilegiato all'inconscio del paziente.

<sup>4</sup> IMODA F. (ed.), *Antropologia interdisciplinare e formazione*, Dehoniane, Bologna 1997.

<sup>5</sup> KERNBERG O., «Psicoterapia e scienze umane», n. 1/2011.

Piuttosto si ritiene che le proprie emozioni e i pensieri rispetto alla persona con cui si interagisce possano fungere da guida ai propri stati mentali anche inconsci. L'atteggiamento empatico è lo strumento della profonda sintonizzazione emotiva, ma appare volto anche alla progettualità e comporta per necessità anche una attenta considerazione dello stato psicologico del paziente.

A questo proposito, l'accento ai messaggi deboli del paziente verso l'analista, l'attenzione a ciò che di indicibile emerge dalla relazione con lui, piuttosto che le «impressioni sensoriali» appaiono in linea con ciò che Ogden<sup>6</sup> interpreta in un articolo del 2015 rispetto ad un saggio di Bion *Appunti su memoria e desiderio*.

In questo articolo Bion propone in modo quasi estremo, come obiettivo finale e principio dell'alleanza terapeutica, essere all'unisono con la realtà psichica del paziente. Per raggiungere tale obiettivo Ogden evidenzia come il raccogliere informazioni dal paziente sulla sua storia e sui suoi stati d'animo possa essere addirittura di impedimento all'intuizione della realtà del paziente da parte dello psicoanalista.

In altre parole si toglie alla consapevolezza il ruolo centrale che aveva nel processo analitico e al suo posto si mette la realtà psichica anche inconscia dell'analista, sollecitata dall'interazione del momento analitico. Collegandosi pertanto con il concetto di empatia, lo strumento analitico si baserebbe sulla capacità del terapeuta di intuire i processi per lo più inconsci del paziente. Il terapeuta arriva a comprenderlo non tanto mediante l'osservazione e l'ascolto a livello sensoriale e consapevole, bensì attraverso l'attenzione ai propri pensieri e sentimenti che vengono sollecitati dall'interazione con lui.

Il passo successivo a questa considerazione, rispetto all'atteggiamento del terapeuta verso l'analista, ci porta a dire che le reazioni dell'analista verso il paziente costituiscono uno strumento terapeutico indispensabile anziché un fattore di disturbo<sup>7</sup>.

Anche l'empatia propria del contesto terapeutico dilata i confini dell'Io rendendoli flessibili ed estensibili ad accogliere il mondo dell'altro, ma mantiene la distinzione tra l'io e il tu, facendo della differenza il luogo della condivisione, ben oltre l'omologazione indotta dal contagio.

Il terapeuta, piuttosto, si sintonizza senza confondersi col paziente, compenetra il suo mondo senza invaderlo, è capace di intimità, ma mantiene la distinzione.

<sup>6</sup> OGDEN T., *Projective identification and psychotherapeutic technique*, New York-London, Aronson 1982.

<sup>7</sup> GALLESE V., MIGONE., «Psicoterapia e scienze umane», n. 3/2006.



## *Aspetti dell'empatizzare: affettività e mete evolutive cognitive*

L'atteggiamento empatico sano unisce sempre l'aspetto affettivo a quello cognitivo: l'empatia infatti non è solo condivisione emotiva (senso in me ciò che può sentire lui, introspezione vicariante) ma pure, grazie al clima affettivo che si è creato, ha come finalità il cambiamento delle abitudini disfunzionali, quegli stili disadattivi che rischiano di cronicizzarsi<sup>8</sup>.

È interessante a questo punto la differenza tra «sintonizzazione» ed «empatia» evidenziata da Stern: mentre le sintonizzazioni infatti vengono effettuate in larga misura al di fuori di ogni consapevolezza e quasi automaticamente, l'empatia richiede la mediazione di processi cognitivi. Per essere empatici, infatti, occorre che lo sviluppo abbia permesso una serie di abilità mentali:

- ❖ percepire gli altri come persone differenziate e distinte;
- ❖ provare stati emotivi interni;
- ❖ esprimibili attraverso diversi canali espressivi;
- ❖ in modo da decodificare correttamente l'espressione emotiva altrui;
- ❖ prendendo in considerazione gli indici trasmessi dai vari canali affettivi: facciali, gestuali, posturali ed eventualmente verbali.

### *L'empatia che cura è quella che viene da un «Guaritore ferito»*

Dalla ricerca deriva che i pazienti di quei terapeuti che sono ricchi interiormente o che hanno fatto diverse esperienze di vita (anche in termini di sofferenze psicologiche di vario tipo, guaritori feriti appunto) hanno più probabilità di sentirsi capiti, perché i loro stati mentali vengono meglio «rispecchiati»<sup>9</sup>.

Ciò che è benefico, infatti, per il paziente, è che egli sperimenta il fatto di poter proiettare i suoi stati mentali, perché li sente non solo contenuti ma anche trasformati: ha nel terapeuta un modello di chi riesce a sperimentare le medesime cose, ma, al contempo, che sa trasmettere la capacità di reggere questo sentire, che rende possibile un diverso modo di viverci.

Il fattore cruciale pare non essere tanto il fatto che il materiale del paziente scateni reazioni emotive nel terapeuta, ma piuttosto è terapeutico per il paziente che il terapeuta sia consapevole delle proprie reazioni emotive e sia capace di gestirle.

<sup>8</sup> KOHUT H., *Introspezione ed empatia*, Bollati Boringhieri, Torino 2003.

<sup>9</sup> GILL M., *Tendenze attuali in psicoanalisi*, n. 3/1993 di «Psicoterapia e scienze umane».

Vediamo ora di prendere in considerazione cosa ci dice la letteratura rispetto alle particolari caratteristiche che dovrebbero appartenere allo stile empatico del terapeuta.

Inizierei con una riflessione di Freud del 1910 tratta da *Le prospettive future della terapia psicoanalitica*, secondo cui per aiutare il paziente in analisi in modo empatico e professionale il terapeuta deve «riconoscere in Sé questa traslazione e padroneggiarla dato che ogni psicoanalista procede esattamente fin dove glielo consentono i suoi processi e le sue resistenze interne».

In altre parole ciascun terapeuta reagisce emotivamente al «transfert» del paziente e tale reazione deve essere riconosciuta, analizzata e risolta affinché avvenga il processo terapeutico.

Non si tratta quindi in questo caso di semplice empatia, ma di una competenza professionale che viene raggiunta solo grazie ad un costante e minuzioso lavoro su di sé rispetto a ciò che di mio può essere mosso dalle vicissitudini emotive del paziente.

Le risposte emotive del terapeuta verso il cliente sono infatti inevitabili. Tali risposte, inoltre, sono generate in gran parte dai conflitti ancora irrisolti dell'analista e quindi possono costituire degli ostacoli alla terapia. In altre parole si mette in discussione la concezione «totalistica» del controtransfert che implica necessariamente che «tutti i sentimenti che l'analista sperimenta verso il paziente “rappresentano” uno dei più importanti strumenti del suo lavoro».

Occorre quindi chiedersi in che modo l'attenzione dell'analista per i propri pensieri e sentimenti stimolati dal paziente serva come indispensabile strumento terapeutico e non sia anche da intendersi in alcune situazioni piuttosto come un ostacolo.

I pensieri e i sentimenti stimolati dal paziente diventano strumento utile alla terapia con il paziente, a seconda di una serie di fattori tra cui:

- ❖ la natura e l'intensità di questi sentimenti;
- ❖ il modo con cui vengono espressi (quali parole);
- ❖ la struttura di carattere del paziente;
- ❖ la natura e la forza dell'alleanza terapeutica.

Ad esempio se la risposta emotiva dell'analista al paziente è intensamente negativa o soffusa di noia potrebbe rappresentare un ostacolo alla terapia piuttosto che uno strumento.

Il rischio inoltre è che, basandosi sulle proprie risposte emotive al comportamento dell'altro, è possibile attribuirgli motivazioni che non corrispondono ai suoi sentimenti o intenzioni.

A questo proposito è bene soffermarsi sul fatto che ultimamente il controtransfert è stato implicitamente ampliato fino a comprendere non solo tutti i pensieri e i sentimenti dell'analista verso il paziente, ma anche tutti i sentimenti e pensieri che sorgono all'interno della situazione analitica, persino quando riguardano la «vita personale» dell'analista, i quali lo preoccupano a tal punto da renderlo totalmente incapace di fare efficacemente il suo lavoro.

Per contro l'analista ben analizzato, usando meno la difesa della rimozione, identificandosi nel paziente, è in grado di avere maggiore accesso all'inconscio del paziente perché ha un maggiore accesso a pensieri e sentimenti che normalmente verrebbero rimossi.

Pertanto pensieri e sentimenti dell'analista fungerebbero da guida all'inconscio del paziente non nel senso che l'analista deve soltanto decifrare i significati inconsci delle associazioni libere del paziente, ma nel senso ben più complesso che deve prima decifrare i significati inconsci dei pensieri e dei sentimenti che emergono in lui.

L'assunto da cui si parte infatti è che il paziente non solo proietta i propri contenuti mentali sull'analista ma anche dentro l'analista, facendoglieli provare.

E questo comportarsi del paziente ha un impatto sullo stato mentale dell'analista. Cioè in qualche modo il terapeuta registra gli indizi emessi dal paziente.

Ma ciò non vuol dire che il controtransfert sia una guida affidabile e indispensabile ai contenuti mentali del paziente, e che esso corrisponda alla natura «degli impulsi inconsci del paziente e delle sue difese attive in quel momento»<sup>10</sup>.

Infatti dobbiamo assolutamente tenere presente che le reazioni personali agli indizi emessi da un altro coinvolgono «le costruzioni individuali del significato di quegli indizi, la storia personale e la “massa appercettiva” che sottende quelle costruzioni.

Il concetto di “massa appercettiva” si riferisce all'insieme delle memorie con il quale ogni nuovo frammento di esperienza entra in contatto e per il quale acquista il suo significato, per cui persone con masse appercettive profondamente differenti danno una diversa interpretazione a tutte le loro esperienze.

Pertanto si può affermare che tutto ciò che l'analista deve fare è raggiungere una comprensione del paziente esaminando i propri pensieri e sentimenti che si attivano nell'interazione con lui. Fondamentale quindi è la

<sup>10</sup> MIGONE P., *Psicoterapia e scienze umane*, n. 4/2015.

capacità dell'analista di differenziare chiaramente ciò che viene dal paziente e ciò che viene da lui ad esagerare il contributo delle identificazioni proiettive del paziente alla propria esperienza soggettiva» (Kernberg, cit.).

### *Empatia come agente della trasformazione dei meccanismi disadattivi*

Tornando all'empatia e al particolare «amore analitico» che il terapeuta dovrebbe arrivare a sentire nei confronti del suo paziente, già Freud (1910) in *Le prospettive future della terapia psicoanalitica* metteva in guardia contro la tentazione dell'analista di gratificare il paziente anziché analizzarlo.

In altre parole, quindi, l'empatia non è solo accettazione incondizionata dell'altro, ma anche, grazie pure alla mappa cognitiva del sapere psicologico del terapeuta, capacità di maturare una visione lucida e distaccata della condizione del paziente, sapendo leggere chiaramente il limite che il paziente porta con Sé.

Amare non è solo farsi vicini ma anche vantare il distacco necessario per accompagnare la persona a riconoscere lo «schema appercettivo immaturo e insostenibile» che è all'origine del suo soffrire per agevolarne il cambiamento. Per ottenere quest'ultimo, infatti, occorre utilizzare nella relazione terapeutica anche «mezzi non empatici», non solo immedesimarsi, quindi, ma avere ben chiaro i dati teorici che possono illuminare, correggere o confermare il trattamento.

A questo proposito sia Winnicott che Kohut concordano sull'utilità di una moderata sensibilità allo stato emotivo del bambino e non di una sensibilità ineccepibile.

Per la crescita infatti, secondo Stern<sup>11</sup>, sono anche necessarie delle sintonizzazioni del caregiver volutamente imperfette in modo da modulare per quanto possibile al bambino una leggera frustrazione, condizione fondamentale per lo sviluppo.

Lo sviluppo infatti viene inteso da Imoda come attraversato da continui cambi, continue perdite che producono mutazioni profonde. La terapia quindi diventa occasione per recuperare quel tipo di attaccamento incompiuto o carente che, riattivato nel setting analitico, permette mediante l'esperienza emotiva correttiva di risperimentare una profonda risonanza empatica e di permettere un adeguato sviluppo del proprio Sé.

<sup>11</sup> STERN D.N., *Il mondo interpersonale del bambino*, Bollati Boringhieri, Torino 1987.

## *Empatia che sa cogliere il «mistero» dell'altro*

Il compito che ciascun terapeuta ha nei confronti delle persone che avvicina è pertanto estremamente delicato e non può non suscitare nel terapeuta un atteggiamento di profonda umiltà.

Siamo di fronte infatti al Mistero della persona, per cui occorre sforzarsi di avvicinare la «verità intera» dell'altro, consapevoli che il Mistero dell'altro è conoscibile ma mai del tutto oggettivabile.

«L'altezza, l'ampiezza, e la profondità» del mistero che ogni persona è, richiede attenzioni e strumenti capaci di raggiungere tutte le dimensioni del suo essere.

L'altro è un mistero, è inconoscibile, è insondabile e quindi non posso rinchiuderlo in una visione miope e riduttiva; l'altro è anche altro, non è solo quello che emerge in superficie.

## **Riflessioni sull'atteggiamento dello psicoterapeuta**

La professione di psicoterapeuti implica pertanto la sintesi di diversi atteggiamenti che sono implicati nell'empatia: comprensione dei processi e spiegazione, conoscenza dei processi di sviluppo, partecipazione emotiva e competenza teorica nel più alto rispetto della persona con l'obiettivo della sua promozione integrale.

Con la sintesi di tutti questi ingredienti è più facile che il paziente sia motivato a tradurre in pratica un reale cambiamento di stile in quanto l'atteggiamento del terapeuta non sarà mai direttivo né tale da volersi sostituire alla persona del cliente, ma ben consapevole che è il paziente che deve modificare e scomodarsi per uscire dall'abitudine di meccanismi disadattivi e in parte consolidati. A questo punto non possiamo non affrontare il tema del finalismo e del teleologismo tipicamente adleriano. L'obiettivo che una terapia riuscita si propone è che il paziente sia mosso il più possibile nella sua vita da atteggiamenti che lo guidino verso «una meta posta fuori di lui, una meta basata sull'interesse per la realtà, per gli altri e per la cooperazione»<sup>12</sup>. Dovrebbe essere pertanto l'atteggiamento empatico del terapeuta verso il paziente che si pone come modello e indica la direzione della guarigione e della maturità. Dal punto di vista terapeutico l'atteggiamento di alleanza empatica del terapeuta può impedire, nelle situazioni patologiche, la frammentazione del Sé del paziente.

<sup>12</sup> IMODA F., *Sviluppo Umano. Psicologia e mistero*, Piemme, Casale Monferrato 1993.

Sui requisiti di personalità del terapeuta quale strumento essenziale della terapia sono stimolanti le considerazioni del professor Grandi, dove egli asserisce che «la relazione di cura è fortemente orientata dalla personalità del terapeuta, dalle sue risorse e dai suoi limiti»<sup>13</sup>.

Tra le qualità che lo rendono «forte e interiormente ricco così da poter essere incisivo e favorire il processo di crescita del paziente», il professor Grandi indica «la cultura psicologica, le capacità intuitive, le doti empatiche, le abilità interpretative e la forza vitale che il terapeuta possiede». Più ricca e matura è la sua personalità e più «è possibile che il paziente senta la presenza nell'intimo e nelle azioni del terapeuta, dei codici materno dell'accoglienza (che permette la discesa nel mondo interiore) e paterno della guida (che può portare ad agire con coraggio nel mondo esterno)», tutto ciò come «esito di un lungo cammino di formazione»<sup>14</sup>.

<sup>13</sup> GRANDI L.G., *Linee guida essenziali per la Psicoterapia Analitica*, in «Il Sagittario», 2 (2009), pp. 5-18.

<sup>14</sup> GRANDI L.G., *Recenti sviluppi nella Psicologia e Psicoterapia Individuale*, in «Il Sagittario», 28 (2011), pp. 9-15.

# Appendice





**«Chi sono?  
Chi sei tu?  
Chi mi piace?»**

*Giulia Caffaro*

**Tra paure e desideri, il percorso terapeutico di un'adolescente alla ricerca dell'identità e dell'incontro con l'Altro**

Sveva è una ragazza di quindici anni, noiosa e annoiata, senza desideri, poco abile a tollerare le frustrazioni e brava a spegnere l'entusiasmo altrui, giunta in consultazione per un problema d'ansia legato in particolare alla scuola. Questo aspetto è svanito ben presto, per fare spazio ad un grosso quesito: «*Mi piacciono i maschi o le femmine?*».

Sveva, grazie a questa domanda, permette di ripensare all'adolescenza come ad un viaggio che presenta alcune costanti, quali la separazione dai genitori, il rapporto di rivalità con gli adulti, l'assunzione di un'identità stabile, l'immagine del Sé, e il confronto con l'altro sesso... In questo importante viaggio, Sveva si colloca come quella persona pigra che non ha voglia di partire, che dice: «*No, non mi va... non mi interessa... non ne ho voglia*», perché è troppo faticoso decidere dove andare, preparare l'itinerario, farsi la valigia e puntare la sveglia presto... Perché per tutti i bei viaggi, di solito la sveglia suona presto.

I movimenti adolescenziali ripropongono gli aspetti dell'infanzia. Per questo di solito si dice che in adolescenza “scoppiano” quegli elementi problematici che già emergevano prima, ma che solitamente non erano così evidenti.

Sveva non può più procedere verso i nuovi compiti evolutivi, perché il suo cammino da piccola era stato rallentato da alcuni sassolini, che, da adolescente, sono diventati come macigni in mezzo alla strada.

Si cercherà di descrivere questi macigni.

Sveva frequenta un istituto alberghiero, con ottimo profitto. Piuttosto sola ed isolata, non riesce a costruire relazioni significative con i pari, fatta eccezione per la migliore amica, che comunque frequenta poco.

Grande amante dei manga, Anime e cosplay, degli animali, della lettura e scrittura... Sveva ha in realtà, dietro alla sua sonnacchiosa presenza, un vasto mondo di interessi.

Per quanto riguarda la sua famiglia, Sveva proviene da un rapporto simbiotico con la mamma. Il papà naturale, dopo la sua nascita, si è presto dileguato, scomparendo dalla vita di Sveva e della madre.

Ai tempi della psicodiagnosi, tenendo presente che era ed è tutt'ora un soggetto in età evolutiva e quindi in evoluzione, si ipotizzava che avesse un'organizzazione borderline di personalità, con tratti narcisistici e depressivi.

Attualmente ha acquisito il diploma di istituto alberghiero e vive con la mamma e l'attuale marito della mamma, in quella che sembra essere una serena famiglia ricostruita.

Uno dei macigni più incumbenti che blocca la strada della sua crescita è proprio la grande questione che Sveva mi ha posto: attualmente non sono chiare le idee rispetto a chi le piace, ma esprime con chiarezza la sua paura e il suo disgusto rispetto agli uomini. Questo problema ha probabilmente origini profonde ed antiche. Sveva non riesce a rappresentarsi come individuo unico in mezzo agli altri, quindi ha grosse difficoltà a rappresentarsi l'Altro e ad entrarci in contatto in modo autentico. Si può ipotizzare come il suo problema non sia la sessualità in sé, ma che lo può diventare, a causa di quello che, in un discorso di tappe evolutive, è assente già da prima.

Per comprendere Sveva, bisogna cercare di delineare un percorso che va dal «*chi sono?*» al «*tu chi sei?*», per poter poi rispondere, solo alla fine, al «*chi mi piace?*», passando attraverso alle tematiche del materno, del femminile, del paterno e del maschile.

Partiamo dal «*chi sono?*». L'identità è il senso profondo di ciò che si è, è ciò che permette di incontrare l'Altro, senza con-fondersi con esso. La costruzione dell'identità è un evento essenzialmente relazionale: evolve nella relazione interpersonale e attraverso di essa. Si nutre del riconoscimento e della convalida altrui e richiede allo stesso tempo l'investimento narcisistico e l'investimento oggettuale. Per costruire questo senso di sé, infatti, è necessario identificarsi con gli Altri significativi, ma anche riuscire poi a prendere la distanza da essi. Quindi, è necessario sia avere qualcuno con cui identificarsi, sia che permetta di allontanarsi e di sperimentare nuovi mondi. È il

primo sguardo, ossia lo sguardo materno, quello fondante l'identità primaria del bambino, grazie alla sua funzione di rispecchiamento. È proprio in questa esperienza di rispecchiamento materno che si forma la prima immagine del proprio corpo intero. Nell'identificazione primaria, ossia materna, manca il terzo, il padre, motivo per cui, paradossalmente, è allo stesso tempo sia il fondamento dell'identità, che della "follia".

Secondo Erikson, la conquista dell'identità consiste nel riuscire a definire un proprio spazio intimo, distinto da quello degli altri, comprese le figure parentali, nonché il contemporaneo investimento in figure alternative, quali possono essere il gruppo dei pari o il partner sessuale. Inoltre, secondo l'autore, molti problemi dello sviluppo d'identità nascono proprio nell'ambito del processo d'identificazione col caregiver.

In questi casi, come si fa? Ci risponde Bauman: si fanno esperimenti con ciò che si ha.

Freud non aveva espresso un concetto molto diverso: egli riteneva che l'identità nascesse da una minaccia di perdita dell'oggetto d'amore, con il conseguente procedimento di introiezione, allo scopo di salvarlo. Ogni persona viene così costituita da tutti gli oggetti o frammenti di oggetto con cui ha stabilito un legame importante. Nell'ottica freudiana, quindi, senza perdita e senza dolore non si forma l'identità.

Se non ci si distacca dalle figure di riferimento, non ci si può individuare<sup>1</sup>.

Dunque, senza il distacco emotivo dai caregiver, non è possibile costruirsi un'immagine di sé. Senza una relazione autentica, non è possibile immaginare di allontanarsi da loro. Non è possibile, infatti, separarsi quando si ha paura che, allontanandosi, si possa perdere la base a cui far ritorno. In questi casi non si tratta di una base sicura<sup>2</sup>. Oppure la separazione può non venir concessa: pensiamo ai caregiver che hanno bisogno di tenere stretto a sé l'oggetto d'amore.

Tornando a Sveva, come può staccarsi dalla mamma, unica sua figura di riferimento, senza l'ausilio di un terzo? Sveva è nata, non pensata e non voluta dal papà, che si è presto dileguato. Sveva non parla mai del padre e, quando lo fa, lo descrive come un brutto ricordo del passato. Nonostante il tentativo di essere indifferente nei suoi confronti, la mancanza del padre le ha lasciato un vuoto che, da adolescente, inizia a farsi sentire e a far pagare il suo prezzo.

Nel caso di Sveva, la non completa separazione dalla figura materna nel processo di crescita psicologica ha determinato un'imaturità affettiva, una carenza di progettualità ed un ostacolo ad un effettivo incontro con l'Altro.

<sup>1</sup> M. Mahler.

<sup>2</sup> J. Bowlby.

La funziona materna, infatti, presiede all'impianto delle fondamenta di una progressiva sicurezza affettiva, del processo di autostima, del riconoscimento dell'altro come altro da sé e della fiducia di base in sé, nonché di un atteggiamento fiducioso in generale (Di Summa, 2011)<sup>3</sup>. Inoltre, è necessario, per poter avviare un processo sano di crescita psicologica, l'accesso allo spazio terzo, ossia quello occupato dal padre. Altrimenti, è molto difficile avviare il processo di separazione-individuazione.

Il padre, infatti, in un'ottica Individual Psicologica, risponde al principio del dovere e prosegue l'opera di socializzazione, iniziata dalla figura materna. Si colloca come il terzo nella relazione madre-bambino e come terzo rappresenta l'apertura al mondo, alle relazioni amicali ed affettive. Il padre, a livello simbolico, risponde al concetto di limite, di separazione dalla figura materna e di apertura al sociale (Di Summa, 2011).

Inoltre, il padre è colui che permette di poter accedere ad alcune dimensioni del temperamento più maschili, quali la fermezza e la determinazione, ossia di apprendere ad utilizzare l'aggressività, ma in modo funzionale e positivo.

Il padre è la terza dimensione che offre profondità e caratterizzazione. Avere profondità significa avere una direzione, un senso nel quale procedere. Le leggi e le regole che cadono sotto la sfera paterna gestiscono la distanza e la giustizia (Grandi, 2014)<sup>4</sup>.

Blandino descriveva metaforicamente la figura del padre come quello stecchetto che tiene aperte le fauci di un coccodrillo. Il piccolo inizialmente lì è al sicuro, ma, crescendo, ha sempre meno spazio e rischia di essere ferito dai denti appuntiti della mamma-coccodrillo. Il padre-stecchetto, se presente, impedisce di chiudere il figlio in una morsa. Se non c'è, questo legame (tra madre e figlio) rischia di diventare patologico e patogeno.

Basti pensare al doppio legame tra Sveva e la mamma, che ha visto la figlia, per diversi anni, al centro di tutto. All'apparenza c'è un rapporto stretto, sono molto attente l'una all'altra e non c'è spazio per il conflitto e le ambivalenze.

Questo non significa che chi ha solo un genitore non possa accedere con serenità al mondo adulto, perché buona parte dei giochi è espressione della qualità e natura del legame con il genitore presente, oltre che del contesto allargato e delle figure di riferimento ausiliarie. Inoltre, esiste quel miracolo della resilienza.

Le difficoltà di Sveva non nascono, infatti, dall'assenza del padre *tout court*, ma anche dalla natura del legame con la madre, dal rifiuto del padre

<sup>3</sup> DI SUMMA F., *L'incidenza dei problemi di separazione-individuazione nella crisi della coppia*, in «Il Sagittario», n. 28, Torino 2011.

<sup>4</sup> GRANDI L., *La legge del Padre*, in «Il Sagittario», nn. 31/32/33, Torino 2014.

e, probabilmente, anche da come la madre ha gestito le sue emozioni e i suoi vissuti rispetto all'ex marito. Del resto, anche "solo" l'essere in un rapporto funzionale con la mamma permette di costruire un rapporto sano con un maschio, ma non è il caso di Sveva.

È poi vero che nella sua vita è arrivato un altro padre, tuttavia nelle sue sinapsi è come se si fosse già cristallizzata un'immagine di uomo molto negativa, che deriva dal padre biologico. Il nuovo papà può lenire un po' le ferite e riempire, piano piano, qualche vuoto.

Come poteva quindi Sveva, in questo panorama, crescere e dirigersi verso l'altro sesso, così come richiesto dai compiti evolutivi in adolescenza?

Si può avere un rapporto sereno con il paterno ma non con il maschile allargato, anche se non è vero il contrario: non è possibile strutturare un rapporto con il maschile, se mancano le fondamenta del paterno. Il collegamento tra l'una e l'altra sfera dipende molto anche dal materno, oltre che dal proprio femminile: non è possibile accedere con serenità al maschile, se il materno non ha permesso il passaggio verso il terzo o ha condizionato negativamente la rappresentazione di maschio.

Secondo Recalcati, l'assenza del padre non è mai in se stessa traumatica, lo diventa quando questa carenza è anche simbolica. Ulisse non ha abbandonato la sua gente, di lui si dice che si sia perso nel mare. Quindi, viene percepita come un abbandono e vissuta come traumatica, non l'assenza fisica in sé, ma l'assenza simbolica. È un vissuto abbandonico che suggerisce il disinteresse dell'adulto che, non essendo presente, è inconoscibile (Recalcati, 2012).

Sveva non è stata "vista", né riconosciuta dal padre e ha quindi grosse difficoltà di costruzione di identità e presenta la paura di non essere riconosciuta da nessuno, tanto meno dagli uomini.

Inoltre, come detto sopra, il problema di Sveva è anche di separazione dalla madre. L'angoscia di Sveva di allontanarsi dalla figura materna può trasformarsi in paura nei confronti del maschile. Paura probabilmente dovuta al rischio di allontanamento dalla madre.

Sveva è bloccata ed emotivamente imprigionata. Non è in grado di dire per chi e se prova attrazione.

Da dove arriva la capacità di provare piacere per qualcuno?

La capacità di amare o, ancora prima, di provare un desiderio erotico e un piacere sessuale, hanno tra le loro basi anche il rapporto con le figure di riferimento. Inoltre, lo sviluppo del corpo erotico è il risultato di un dialogo intorno al corpo basato sulle cure corporee prodigate dall'adulto e le cui tappe si avviano fin nei primissimi anni di vita. Il corpo erotico nasce dal corpo fisiologico. La nascita del corpo erotico non è, quindi, un processo naturale, e risulta dalla relazione specifica del bambino con l'adulto. La sessualità non è dunque una qualità semplicemente istintuale, ma implica uno

sviluppo ed un processo legato alla armoniosa interazione madre-bambino (Di Summa, 2008).

Il passaggio poi dal desiderio erotico alla capacità di amare da cosa dipende?

L'amore maturo, secondo Kernberg, è una disposizione emotiva complessa che integra: l'eccitazione sessuale trasformata in desiderio erotico per un'altra persona; la tenerezza che deriva dall'integrazione delle rappresentazioni del Sé e dell'oggetto investite in senso libidico ed in senso aggressivo, con una predominanza dell'amore sull'aggressività e con la tolleranza della normale ambivalenza che caratterizza ogni rapporto umano, un'identificazione con l'altro, una forma matura di idealizzazione ed un profondo impegno nei confronti dell'altro e della relazione.

Ci si può innamorare, quindi, solo se si è in grado di stabilire una relazione oggettuale profonda. Innamorarsi, infatti, rappresenta anche un processo di lutto, connesso al fatto di crescere e di diventare indipendenti, lasciandosi alle spalle gli oggetti dell'infanzia. Spesso richiede anche un progressivo allontanarsi o almeno gestire parti di "Sé".

Non ci può essere questa separazione se non c'è stata una buona relazione con gli oggetti interiorizzati del passato e, in un certo senso, la capacità di innamorarsi in modo maturo è la conferma che questa relazione sia stata positiva e sana (Kernberg, 1995).

Chi rimane chiuso in un legame fusionale simbiotico ha grosse difficoltà ad accedere alla possibilità di strutturare un'identità personale solida e stabile. Solo con un'identità solida e coesa è possibile accedere alle relazioni interpersonali in modo maturo e sano. Infatti, senza identità stabile, si ha una vera e propria angoscia di contatto: non si sa chi si è, dove si inizia, dove si finisce ed è come se la paura fosse quella di fondersi e confondersi con l'altro, quindi di perdersi. Le relazioni sane, invece, sono tali se si creano tra persone emotivamente autonome ed individuate.

Questo è ancora più evidente nelle relazioni d'amore: ci si può davvero innamorare solo quando si è liberi di crescere.

Kernberg (1995) ritiene che si possa evolvere dall'eccitazione all'amore maturo solo se si è più o meno sani, tanto che, per chi ha delle patologie, la capacità di innamorarsi indica l'aver raggiunto alcuni traguardi importanti.

Inoltre, per crescere e potersi proiettare in una coppia, non si ha bisogno solo di una mamma e di un papà, ma anche di una coppia coniugale che abbia cura di se stessa. In particolare, c'è bisogno di una famiglia basata sulla coppia, non sul figlio, perché questo implica una più equa distribuzione di compiti e di responsabilità.

Secondo Adler, un figlio impara a cooperare e quindi ad avere le basi del sentimento sociale, se sperimenta la cooperazione tra i suoi genitori, ossia

quando entrambi mettono il benessere comune al di sopra di quello individuale.

In questo senso, la più grossa mancanza per Sveva non è tanto quella di un padre, ma quella di una coppia madre e padre.

La relazione tra i genitori si forma prima del concepimento dei figli e, in teoria, i figli dovrebbero inserirsi all'interno di un "patto di stabilità".

Anche la qualità della coppia e le sue caratteristiche hanno risvolti importanti nei processi di sviluppo e nel modo di costruire e vivere future relazioni di coppia. Rimane, infatti, una traccia profonda della relazione tra i genitori.

Una famiglia ha quindi bisogno di progettare e di gettare solide fondamenta sulla coppia. È diverso essere amato da persone che si amano tra di loro ed essere amato da persone che non si amano o comunque da persone che confliggono e che non si rispettano.

Inoltre, la coppia è così una garanzia della regolazione della distanza e si inserisce nei meccanismi che contribuiscono a promuovere e a consentire i processi che riguardano l'identità. È più semplice entrare in relazione con i genitori, se è chiara la loro posizione coniugale.

La relazione di coppia è da considerarsi quale una relazione tra uguali, mentre la relazione con il figlio è spesso caratterizzata da una fisiologica asimmetria. È sano che tale asimmetria sia presente e che i figli la sentano. La presenza del confine che delimita le faccende private della coppia rappresenta la possibilità di avvicinarsi, ma anche la garanzia che protegge da un potenziale assorbimento confusivo e alienante.

Inoltre, il confronto quotidiano con la vita di coppia permette al bambino di fabbricare e di interiorizzare una rappresentazione mentale della coppia.

Quindi, l'identità maschile e femminile non sono solo il frutto della relazione con il padre e con la madre, ma anche il riflesso di come padre e madre si disegnano reciprocamente come uomo e donna.

Al contrario, quando la rappresentazione della coppia si è aggregata intorno al conflitto o alla rottura, il figlio è trattenuto nella dimensione duale e gli manca la possibilità di accedere al confronto con il plurale e farà più fatica ad esplorare il mondo e a svolgere con profitto i compiti di sviluppo, proprio come si è verificato con Sveva: non ha avuto la possibilità di accedere alla dimensione della coppia e al suo contributo a restituire possibilità di individuazione, riconoscimento e di identificazione e non ha avuto accesso al triangolo edipico e quindi oggi l'esterno la angoschia ed è bloccata nella fase dell'egocentrismo. È stata assorbita dalla dimensione duale, bloccata verso l'interno della famiglia e non spinta verso l'esplorazione del mondo e non aveva potuto né crearsi né interiorizzare una rappresentazione mentale di coppia. Tutto ciò paralizza Sveva nell'incontro con l'altro sesso e anche

nel semplice immaginarsi all'interno di una relazione. Sveva, infatti, senza mezzi termini, afferma di avere paura dei maschi: mostra terrore nello stare da sola con un uomo, coetaneo o adulto che sia. Il suo vissuto rispetto al maschile è ciò che ad un Rorschach verrebbe siglato con un "Clob".

Non teme di subire violenze, ma ritiene che i maschi siano dei perversi.

Evita accuratamente di trovarsi da sola con un maschio. Fanno eccezione i suoi parenti, come il nonno, lo zio materno o il cugino ed oggi anche il nuovo padre, «*che comunque è pur sempre un uomo*». Inoltre, riesce a leggere e a scrivere solo di storie di sesso tra uomini o tra donne, mentre non riesce a parlare di un atto sessuale tra maschio e femmina. L'anatomia maschile, di cui parla spesso, la disgusta e al tempo stesso la diverte. Proprio a partire da questo divertimento, è stato possibile pensare che la paura celasse un desiderio negato.

Si pensi al fascino dei "cattivi" (Dylan di Beverly Hills è una pietra miliare nell'adolescenza di molte donne): alla base c'è una commistione di attrazione e di una paura.

Inoltre, Sveva ha avuto una fase in cui ha iniziato a truccarsi e a curarsi di più, per poi crollare dopo un brevissimo contatto con un ragazzo. Questo ha permesso di comprendere come la sua paura e il suo disgusto crescano con la sua autostima. Più si piace, più i maschi le fanno «*schifo*». È come se, iniziando a pensare di essere piacente per un maschio, potesse aumentarne il desiderio e contemporaneamente la possibilità di essere avvicinata da qualcuno. Il problema è: essere avvicinata da un maschio o essere avvicinata e basta? La paura è nei confronti del maschile o è più che altro una paura dell'altro, quindi del diverso e dell'altro da sé? Probabilmente entrambe le cose. Innanzitutto, un maschio rappresenta quel che più di Altro e lontano ci possa essere per una ragazza, durante l'adolescenza, soprattutto se la sua storia personale è costellata solo dal femminile, come nel caso di Sveva. Quindi, per chi ha un terrore di contatto, come lei, fa doppiamente paura. Inoltre, Sveva ha potuto sperimentare un maschile perturbante, abbandonico, incontrollabile ed intermittente. Per Sveva, che non ha mai avuto un confronto col maschile, il maschio è il rappresentante dell'Altro più diverso da lei che ci possa essere.

In tutto ciò, ben si poteva inserire dio Internet. Tramite il web, Sveva soddisfa il desiderio di vicinanza con gli altri, ma senza dover tollerare la fatica dell'incontrare un altro da sé. Tramite facebook, le chat e i forum, si avvicina in un certo senso ad altre persone, ma esse non sono reali, in carne ed ossa: sono "amici" virtuali con cui si confida, scherza e con cui scrive le sue storie... in una dinamica che non ha niente a che vedere con l'entrare autenticamente in contatto con l'altro.



Attraverso la relazione mediata dallo schermo Sveva esercita il linguaggio della seduzione senza avere un seguito e con la sensazione di essere molto meno esposta, inoltre poteva essere persone diverse, in luoghi diversi, contemporaneamente. Basti pensare alle storie d'amore e di sesso che scrive, parlando anche in prima persona.

In generale, Internet e social network aumentano la comunicazione e le possibilità di contatto, con un concetto di amicizia che si è dilatato (e che è una funzione disgregante e illusoria). Internet dà l'illusione di sentire gli altri molto vicini a sé. In questo senso non implica quel processo fondamentale per un adolescente di presa di distanza dai genitori, per avvicinarsi ai pari, per individuarsi, attraverso la separazione.

Nel mondo virtuale, il bisogno dell'altro è evidente e può essere finalmente urlato, venendo così immediatamente soddisfatto, ma in modo illusorio.

Don Derio, nel corso del suo intervento durante il Seminario di Cuneo «Parlami di te» (2015), si domanda se abbiamo bisogno delle relazioni per essere o se esse ci abbelliscono semplicemente la vita.

Ha parlato, innanzitutto, della pericolosità del bastare a se stessi e del pensare che tutto attorno a sé sia una possibilità, persone comprese. *«È un po' come essere all'interno di una cava di pietre e sceglierne una. Poi non piace più, ma non importa, tanto è pieno e se ne prende un'altra. Il problema è che le persone non amano sentirsi trattate come pietre. Le persone non sono una possibilità, possono essere una cosa bella e una cosa brutta. Le relazioni non sono possibilità».*

Il digitale, invece, amplia le possibilità. Si può avere mille contatti e si può agire con un "click" con le persone. Nelle relazioni, invece, non si può fare click. *«L'altro nella realtà può non avere voglia di venire a mangiare la pizza con me, anche se io ne ho voglia».* Fondamentalmente, nel mondo virtuale l'altro non c'è e la relazione, se così la si può definire, è masturbatoria e narcisistica. Si fa tutto da soli e ci vuole un attimo per andare via o per cancellare l'altro. Diversamente, nel momento in cui si entra in una relazione reale, le persone non sono come le si desidera, ma diventano vincolanti.

Ritorna il suddetto tema del desiderio.

Grandi, durante il residenziale a Lurisia del 2014, ha chiarito che desiderio non è sinonimo di bisogno, perché quest'ultimo si lega al concetto di necessità e di impedimento determinato da una mancanza, uno stato di privazione. Nel desiderio c'è il trascendente, nel bisogno oggettivazione.

Chi sostiene di non avere desideri si pone in una posizione di potenza e di narcisismo camuffato da depressione, che cela una dimensione di potere.

Sveva, probabilmente, rifiuta il padre perché era stato lui a rifiutarla, ma, in qualche angolo remoto di sé, desidera avere un papà o quantomeno

potrebbe averlo desiderato in passato. Questo desiderio, dolorosamente frustrato, potrebbe aver portato ad un rifiuto nei confronti del padre e ad una formazione reattiva, per cui poi i maschi, a detta sua, le fanno schifo. In questo caso Sveva, abbandonata dal padre, può quindi difendersi dal dolore dicendo a se stessa che è lei che non lo vuole, non il contrario, un po' come ne *La volpe e l'uva*: è la volpe che non vuole l'uva, non l'uva che è troppo difficile da raggiungere. Sveva, inoltre, non solo non desiderava avere un papà, ma pare non desiderare nulla. A parte qualche fumetto, non ha mai espresso dei desideri e non sembrava avere lo slancio verso niente. Inoltre, non fa mai fatica ed evita tutte le esperienze faticose. Nell'esperienza del desiderio è insito il rischio di rimanerne frustrati. Se si appiattisce il desiderio, invece, si elimina il rischio.

Sveva evita tutte le situazioni in cui potrebbe rimanere delusa e in cui rischierebbe di misurare la propria forza, come se sapesse di non averla. Evitava proprio la possibilità di mettersi a confronto con le paure e insicurezze, disprezzando gli sforzi e chiudendo ogni possibile dialogo. In questo senso anche il suo isolamento sociale può essere letto come un evitamento dei contatti intimi, per timori e angosce.

Accetta solo sfide semplici, ben al di sotto delle sue potenzialità. Basti pensare alla scelta della scuola: Sveva, infatti, è molto intelligente e studiosa, eppure sceglie l'Istituto Alberghiero, dicendosi che alla base della scelta c'è il desiderio di non studiare troppo. Per quanto riguarda lo stage, invece, aveva la possibilità di andare a Torino, in qualche hotel o ristorante, invece ha optato per la nota agenzia viaggi del suo paese, nascondendosi dietro alla pigrizia, per non affrontare la paura dell'ignoto, rappresentata da Torino, dai mezzi pubblici e da una sede di stage nuova. Non parliamo poi delle gite, tutte accuratamente scansate ed evitate, per il terrore di allontanarsi dalla madre, di essere troppo vicino a coetanee "pericolose" e di mettersi in gioco.

Si può, perciò, parlare di sentimento d'inferiorità.

L'adolescente ha bisogno di un adulto appassionato a lui e a relazionarsi con lui. Quando troviamo adolescenti disattivati, immobili e senza motivazione, ci dobbiamo chiedere con quali adulti vivono, perché è soprattutto la motivazione degli adulti ad alimentare la motivazione degli adolescenti.

Oltre che di complesso di inferiorità, pensando a Sveva, si può anche pensare al concetto adleriano di viziatura, alla base dell'appiattimento del desiderio per timore di essere frustrati e delusi.

Sveva, nonostante la mancanza del padre naturale, è stata molto viziata. La mamma, infatti, l'ha messa in un ruolo "sacro": è completamente al centro del suo mondo ed interesse.

Secondo Adler<sup>5</sup>, i bambini viziati si appoggiano sempre agli altri, vogliono un successo immediato e falliscono quando devono fare uno sforzo. «*Il bambino viziato è da considerarsi come il frutto di un errore educativo per eccesso di protezione e di affettività durante l'infanzia e capace di determinare una carenza di adattabilità sociale nell'adulto. Questo tipo di bambino, che nei primi anni di vita ottiene, da parte dei genitori e degli altri familiari, solo gratificazioni e disponibilità a soddisfare ogni richiesta, ne rimarrà condizionato per tutta la vita e a tal punto, che immancabili ostacoli, cui andrà incontro negli anni a venire, a contatto con l'ambiente esterno, gli appariranno talmente impossibili e così insormontabili da generare in lui, oltre a un senso di inadeguatezza maturato nel rapporto con gli altri, molto più forti e disincantati di lui, un senso di giustizia frustrato che porterà fatalmente con sé per tutta la vita, assieme all'ostinato rifiuto ad integrarsi*».

Secondo Grandi (2012), la viziatura, oggi più che mai, si configura come sostituzione dei bisogni dei figli da parte delle figure rivestite d'autorità, non permettendo al bambino prima e all'adolescente poi di confrontarsi con la difficoltà, con la frustrazione dell'insuccesso, con la soddisfazione del successo, cioè di arrivare progressivamente alla consapevolezza più piena di se stesso e del suo rapporto con il mondo e con la vita. È stato promosso un adattamento al ribasso<sup>6</sup>.

Sveva è come se non avesse quella molla che muove dalla condizione di *minus* alla condizione di *plus*. La viziatura, così come la chiusura narcisistica viziante, rinchiude *l'élan vital* degli adolescenti in una forma rigida, stereotipata e sterile.

Grandi propone di integrare e completare il concetto di volontà di potenza, cardine del pensiero adleriano, con quello di slancio vitale, richiamandosi alla filosofia di Bergson. La volontà di potenza, così come viene delineata da Adler, rappresenta infatti un fenomeno psichico fondamentale, ma che può essere considerato come una particolare manifestazione dello slancio vitale. *L'élan vital* è il motore innato e inesauribile di energia, che spinge verso realizzazioni più complesse, è un desiderio di vita che necessita di essere sostenuto e incoraggiato nel suo vivace compiersi.

Inoltre, oltre che viziata e bloccata sul piano del desiderio e dello slancio vitale, Sveva era ripiegata narcisisticamente su di sé. Naturalmente, tutte queste tematiche sono collegate le une alle altre.

<sup>5</sup> ADLER A., *Il senso della vita*, Grandi Tascabili Economici Newton, Roma 1997.

<sup>6</sup> MELE L., RAVIOLA M., *Ragazzi viziati nel mondo virtuale. Conversazione con Lino G. Grandi*, in «Il Sagittario», n. 29, Torino 2012.

Il narcisismo di Sveva va inteso come un'autocentratura, come si potrebbe trovare in una bambina piccola. Non usciva da sé, per incontrare l'altro, aveva una rappresentazione narcisistica delle relazioni e i contatti con le altre persone rimangono, infatti, su un piano superficiale, dove predominano l'immatùrità, i bisogni personali sull'empatia e aspetti narcisistici.

Alla fine, Sveva, come può dire da chi sia attratta? Se lo domanda spesso ed è l'unica domanda che mi ha posto in due anni di trattamento. Eppure, si era lontani anni luce dal poter capire una cosa simile! Non si era affatto in grado di dare una risposta (anzi, io non lo si è tuttora).

Abbiamo capito che il suo avvicinamento alle femmine non dipendeva dal desiderio di andare verso loro, quanto dallo scappare dai maschi.

Dopo di che... In una ragazzina senza identità come lei, dove si colloca la sessualità? Ne sente il desiderio, ma non sa verso quale oggetto rivolgerlo.

Inoltre, avvicinarsi all'altro genera angoscia. Si è così rifugiata nel mondo di Internet, tra social network, forum, video... Un mondo ricco che si è costruita, ma che porta le tracce dell'angoscia che lì può tenere a bada. In questo mondo virtuale, in realtà, non incontra nessuno. Scrive storie d'amore con altre "amiche", ma sono racconti narcisistici, in cui è da sola.

In questi racconti parla chiaramente di sesso, principalmente di sesso omosessuale. Anche qui, non è che tratti il sesso tra maschi o tra femmine perché ne è attratta, ma perché quello tra maschio e femmina la spaventa e disgusta.

Mi domando: la questione finisce qui? Pensare all'atto sessuale tra uomo e donna fa ribrezzo e quindi si è omosessuale? Non penso basti questo. I suoi problemi erano a monte e, a cascata, arrivavano alla sessualità. Dunque, soffermarsi su questi aspetti significava eludere il problema, non affrontarlo significava non dare peso a quello che per lei ora è problematico. E così ci si sente bloccati e si capisce un po' meglio quel senso di immobilità e di "mollezza" che Sveva ispira.

Il passaggio dal «*chi sono?*» al «*chi sei?*» per poter arrivare al «*chi mi piace?*» va quindi letto in modo circolare, perché da quest'ultimo, per Sveva, si ritorna al chi è lei. Sveva non riesce a capire chi le piace, perché è narcisisticamente ripiegata su di sé e non può accedere alle relazioni, quindi non è neanche spinta a capire chi le piace. Dietro al «*chi mi piace?*» c'è un movimento, un andare verso e Sveva è bloccata molto prima.

Psicoterapia è anche mettere in movimento. Cercherei quindi di delineare sinteticamente i vari passaggi del percorso psicoterapico con Sveva, durato quasi due anni.

Abbiamo iniziato con la psicodiagnosi e restituzione, per poi passare ad una fase della terapia in cui ho cercato di fare qualcosa insieme a lei... L'idea era quella di cercare di spostare Sveva dal suo pensiero rimuginatorio e dai

suoi sproloqui narcisistici – come erano ad esempio le storie che mi raccontava, che non mi portava per entrare in relazione con me, ma per mostrare le sue doti – al “fare insieme qualcosa”. Avrei voluto lavorare con lei come con una bambina, quindi utilizzando i disegni, gli scarabocchi, i giochi o la costruzione di storie, per arrivare così alle emozioni, senza le mediazioni delle sue difese.

Visto che mi parlava molto spesso delle storie che scriveva, le ho proposto di inventarne una insieme, scrivendone un pezzo alla volta. Inizialmente è stato impossibile: prima rideva, poi si è bloccata: «No, non voglio andare avanti, sento che rovinerò la storia. No, non voglio. Non ce la faccio». Solo ogni tanto mi ha accontentata. La sensazione, infatti, era proprio quella che lei lo stesse facendo per me o comunque per fare ciò che mi attendevo da lei, tanto che, una volta arrivate alla fine, non ha nemmeno voluto che le rilegessi la storia che avevamo scritto.

Ho provato allora a proporle dei disegni, ma, seppur disegnasse molto a casa e frequentasse un corso di disegno, non voleva saperne di farlo anche in seduta. Voleva solo disegnare manga, con rigore e precisione, da sola, secondo le tecniche apprese al corso, non sulla scia delle emozioni o spontaneamente, come in un gioco.

Una volta le chiesi di disegnare le emozioni, iniziando dalla tristezza, visto che parlavamo di uno dei suoi personaggi, che ha caratterizzato come una persona molto triste, ma dopo un primo tratto smise, dicendo che non ne era capace. Insistere è risultato totalmente inutile. Alla fine della seduta, sulla porta, mi ha poi chiesto se volevo che disegnasse a casa la tristezza.

In alcune occasioni mi ha portato i suoi disegni ed era come aprire dei manga: erano disegni di ragazzi o ragazze, completamente uguali, tutti molto magri, alti, slanciati, senza caratteri sessuali, con visi spigolosi e perfetti, occhi grandi, pelle candida...

In un'altra seduta, le ho proposto di giocare a qualcosa. C'era del pongo sul tavolo, ma Sveva l'ha guardato con disgusto, sentenziando che odia sporcarsi le mani. Poi, probabilmente presa dal dispiacere di non essere adeguata come avrebbe voluto, mi ha detto che al massimo potevamo giocare a carte, a scala quaranta.

Successivamente, ho provato con lo scarabocchio, presentandoglielo come un gioco: prendiamo un pennarello a testa di colori diversi, prima traccio una linea, tenendo gli occhi chiusi, poi lei dà una forma a questa traccia, alternandosi così per cinque volte, su fogli diversi, per poi chiederle di inventare una storia insieme, a partire da queste forme. Facciamo così una storia dal titolo *Le gambe crescono anche ai pesci* e in quell'occasione ha partecipato più volentieri, ma non sembrava comunque divertita.

Con Sveva mi annoiavo molto, avevo spesso sonno e mi sembrava che il

tempo scorresse molto lentamente. Credo che anche lei provasse qualcosa di simile.

In una seconda fase, ho cercato di entrare un po' di più nel suo mondo... L'occasione è arrivata quando, in una seduta, è entrata con il cellulare in mano e sembrava che non ne volesse sapere di smettere di guardarlo. Le ho chiesto cosa stesse catturando così tanto la sua attenzione e, in modo sbrigativo, mi ha risposto che si trattava di un nuovo personaggio che aveva messo su facebook: Alles. Le ho chiesto chi fosse e, piano piano, ha iniziato a parlarmene. Inizialmente la sensazione è che le stessi chiedendo di condividere qualcosa di molto privato e che la cosa la turbasse. Poi, lentamente, ha iniziato a parlarmene sempre di più, fino a leggermi le storie e a farmi vedere le foto e la pagina facebook. Attraverso Alles è riuscita a parlare di sé (tendenza a controllare, ad incassare...) e di alcuni temi (matrimonio, religione...) ed è iniziata una prima apertura.

Sveva ha iniziato comunque a parlare un po' più di sé, ma mantenendo sempre la tendenza a chiudere velocemente gli argomenti. Il suo sembrava più un resoconto che un racconto. Da lì a poco, comunque, ha iniziato a descrivermi qualcosa di più di sé: la sua stanza, i vestiti che le piacciono, il suo mondo virtuale e in particolare facebook. Grazie a questa porta di accesso, abbiamo potuto parlare del suo terrore dei maschi e di come fosse affascinata dall'omosessualità.

Circa sette mesi dopo la psicodiagnosi, mi si è presentata in seduta un'altra Sveva: aveva i capelli corti, sulle spalle, lisci, tinti di rosso mogano, aveva gli occhiali da vista nuovi, verdi, con una montatura moderna, era visibilmente truccata e vestita in modo quasi femminile. Era entrata nella stanza ridendo, *«quando una donna vuole cambiare, si taglia i capelli... io sono cambiata, ho i capelli rossi!»*. Faceva la vanitosa, diceva parolacce... In quell'occasione, ha ribadito lo schifo per gli uomini, anche se era stata toccata sulla spalla da un compagno di scuola. Cercava di esprimere disgusto, ma mal celava un grande desiderio. Era un fiume in piena, per la prima volta.

La settimana successiva mi ha avvisata quasi all'ultimo di avere l'influenza e di non poter venire. L'ho vista la settimana dopo ancora: era con la mamma, dopo un lungo periodo in cui finalmente veniva da sola. Era svuotata. La mamma è entrata con noi e ha spiegato che Sveva stava molto male emotivamente e che non stava andando a scuola. È così iniziata una seduta lunghissima in cui Sveva diceva solo: *«Non so»*. A fatica, mi ha spiegato che ha avuto degli attacchi d'ansia e delle crisi di pianto, dopo due giorni di influenza. Mi sembrava molto triste, ma soprattutto la sensazione è che fosse "molle". Una lunghissima e silenziosa seduta...

Dopo questi episodi, è tornata ad essere apparentemente più serena e ha iniziato a minimizzare l'accaduto.

Ha continuato ad avere qualcosa di più femminile e a parlare più di sesso, in modo aperto e volgare.

Parallelamente, ha iniziato a parlare un po' di più del padre naturale, ma è sempre stato molto difficile: rispondeva alle domande e chiudeva subito il discorso.

Da lì a poco, è uscito il discorso gita. Per la prima volta, Sveva, piangendo, mi aveva contattata per chiedere se potevamo vederci qualche giorno prima, perché aveva bisogno di aiuto per scegliere se andare in gita o no. Fatto da lei, un gesto simile era molto significativo. Sarebbe dovuta andare quattro giorni a Venezia con la sua classe. Era molto autentica, parlava delle sue paure e del motivo per cui era molto indecisa: aveva paura di avere l'ansia allontanandosi da casa e dalla mamma. Abbiamo allora cercato di immaginare tutta la gita, momento per momento, comprese le difficoltà e possibili soluzioni. Così facendo, era uscita dalla seduta dicendo che il giorno dopo avrebbe dato la conferma a scuola.

Naturalmente poi non è andata in gita e per un bel po' di tempo non è riuscita a dirsi che l'ansia aveva preso il sopravvento.

Ci è voluto molto tempo prima che accettasse una mia riflessione sul fatto che aveva la tendenza a fuggire da quello che la spaventava (dalla gita, dallo stage a Torino, dal mondo reale utilizzando il virtuale...) e aveva concluso dicendo che aveva poca fiducia nel mondo, fatta eccezione per sua mamma...

Ricordo un momento in cui siamo scoppiate a ridere insieme, di gusto, la prima e unica volta. Le avevo rimandato qualcosa sulla mamma, sulla sua impossibilità a non fare quel che lei si aspetta e Sveva, che fino a pochi secondi prima stava piangendo, mi ha risposto in un modo simpatico e pungente, con una faccia buffa: «*Se riuscissi a litigare con mia mamma, sarei una normalissima adolescente!!!*». Aveva ridimensionato tutto il mio discorso molto "psi" con grande semplicità ed ironia.

Da lì a poco c'è stato un altro cambiamento ed è iniziata l'ultima fase del nostro percorso.

In quel periodo avevo iniziato a vedere prima di lei un bambino molto esplosivo, che non ne voleva sapere di stare dentro la stanza. Quando si incontravano, il piccolo paziente la coinvolgeva in qualche modo nei nostri giochi. Ad esempio, se giocavamo alla guerra, lei era uno dei nemici ai quali sparare. Con grande sorpresa, Sveva si era prestata al gioco e si nascondeva oppure si metteva il cappuccio "salvaproyettili". Iniziava ad essere più morbida anche fisicamente, a muoversi e a portare anche il suo corpo in seduta. Ad esempio, in un'occasione mi aveva fatto vedere un balletto che aveva inventato. Era goffa nei movimenti, ma la sensazione era che anche il suo corpo iniziasse ad entrare nella stanza con noi.

In quel periodo, più ancora di prima, abbiamo iniziato ad *esserci* entrambe in seduta.

Sveva ormai mi aveva introdotto nel suo mondo e continuava a leggermi le sue storie, le chat e mi faceva ascoltare le canzoni che le piacevano, cantate da lei o sentite su YouTube, naturalmente canzoni giapponese o coreane di cantanti o gruppi a me sconosciuti. Anche dei cantanti che le piacevano, così come dei manga, non si capiva il sesso. Sveva entrava in stanza ridendo e venendo avanti con il cellulare rivolto verso di me, per farmi vedere che si era innamorata dell'«uomo più bello del mondo». C'era un uomo più bello del mondo diverso ogni settimana. Puntualmente le dicevo che era una donna, che mi rifiutavo di credere che fosse un uomo e lei rideva. Un po' mi provocava, ma soprattutto scherzava e finalmente interagivamo di più.

La seduta era meno lunga e più piacevole. Abbiamo così iniziato a leggere insieme un manga, dove degli enormi giganti attaccavano una città. Era terrorizzata dai maschi in carne ed ossa, ma quei brutti giganti nudi la facevano ridere. Secondo me, rideva di paura! In quella fase, non ero più solo una spettatrice del suo mondo, ma ho iniziato a metterci un piede dentro. Sveva mi chiedeva a che punto fossi con il fumetto, cosa ne pensassi, chi preferissi tra alcuni personaggi e poi, piano piano, ha iniziato a chiedermi di lei e di noi. Mi ha espressamente chiesto se, secondo me, fosse omosessuale o no e cosa dovesse fare per capirlo oppure mi ha chiesto perché non fosse andata in gita.

Non siamo mai andate oltre a queste domande e, anche rispetto a questi argomenti, tendeva poi a chiuderli e a ritornare su territori a noi noti.

Il nostro percorso è terminato proprio quando si è formato quell'abbozzo relazionale che è il presupposto indispensabile per la psicoterapia. Quindi, il nostro percorso può essere riletto come un sostegno, volto alla nascita dei precursori relazionali indispensabili ad una psicoterapia.

Inoltre, il nostro lavoro è stato anche utile in un'ottica preventiva. Basti pensare che non era più sola nel suo mondo virtuale e forse questo è stato un pungolo affinché quel mondo non diventasse unico e preponderante.

Vederla tutte le settimane è stato importante per introdurre una rottura in quel *continuum* che tendeva a ruotare su se stesso.

Parallelamente, è stato svolto un preziosissimo lavoro con i suoi genitori, dalla dottoressa Bastianini.

Concluderei parlando proprio della conclusione del rapporto con Sveva. Baricco scrive: «*Prima di sparire, si voltò e per un attimo rimase lì, cercando un gesto per dire che era stato un bel viaggio*». Tre mesi dopo il nostro ultimo colloquio, Sveva, che prima di allora non mi aveva mai scritto, mi ha mandato un messaggio: «*Oggi son partita per una gita con la mia classe. Ho pensato di dirtelo*». Sveva aveva spiccato il volo.



**Il mio riflesso  
negli occhi  
dell'altro.  
La malattia  
allo specchio**

*Gian Piero Grandi,  
Simonetta Vegro,  
Clarisa Acuna Rolfi,  
Laura Calabrò,  
Claudia Chiavarini,  
Antonella Masci*

**Premessa**

*a cura di Gian Piero Grandi*

Il corpo è uno dei più importanti veicoli di comunicazione. A seconda della cultura può assumere significati diversi. Può esprimere una posizione sociale, raccontarci una storia di vita, comunicare uno stato d'animo, trasmettere benessere o disagio.

Diverse sono le funzioni che il corpo assolve nella vita, nelle relazioni e nella costruzione dell'identità. È il nostro principale mezzo, e non evitabile, di comunicazione; il nostro modo di essere, di presentarci e di mostrarci.

Nella storia si è evoluto il concetto di "corpo", partendo dalle Sacre Scritture, nelle quali era considerato quale dono del Signore e non doveva essere modificato con segni e/o marchi vari. Nella moderna società ha sempre maggiormente perso il suo "sacro" valore sino alla stregua di oggetto che ci appartiene e che possiamo modificare a nostro piacimento.

L'adolescente che, per esempio, non si piace può presumere di abbellirlo con piercing, con tatuaggi che dovrebbero avere il ruolo di raccontare diverse storie ed esperienze vissute oppure il semplice piacere di farci apparire. Nella società dell'apparenza, quale mezzo di comunicazione migliore del corpo per mostrarci non per quello che siamo realmente ma per come vogliamo essere?

Sono state qui riportate solo alcune delle funzioni che gli adolescenti moderni assegnano al corpo modificandolo a loro piacimento al solo scopo di mostrare e di mostrarsi; di fare vedere che esistono, di lasciare un segno.

Ma il corpo può anche subire modifiche indipendenti dalla nostra volontà. Possono entrare in gioco dei cambiamenti impreveduti quali ad esempio le malattie che possono realmente modificare non solo l'aspetto esteriore ma anche l'immagine introiettata che si ha del proprio corpo. Quali strategie dovranno poi essere messe in atto dall'uomo quando avvengono tali cambiamenti? Riuscirà l'uomo a riconoscersi vuoi in se stesso vuoi nell'altro? Quali difficoltà nella relazione con se stesso e con l'altro?

Qui di seguito si presenta un interessante elaborato inerente la comparsa di una malattia oncologica e i conseguenti cambiamenti a livello corporeo, vuoi per ciò che concerne l'immagine interiore che quella esteriore.

## 1. Introduzione

*a cura di Masci Antonella, Acuna Rolfi Clarisa, Calabrò Laura, Chiavarini Claudia, Grandi Gian Piero, Vegro Simonetta*

Il corpo rappresenta uno dei più potenti veicoli comunicativi a disposizione dell'individuo capace di svelare e narrare diversi e molteplici aspetti di sé. Esso è il mezzo più duttile a nostra disposizione per esporci, anche inconsapevolmente, o comunicare i nostri stati interni.

Il corpo può proporsi come aperto e recettivo all'altro oppure chiuso, come se costruisse dei muri; può essere adornato e curato o al contrario trascurato e attaccato, attraverso trasformazioni al limite delle possibilità. Corpo come luogo di incontro o come sede di un rifiuto.

Gli individui possono in parte manipolare il proprio corpo, forgiandolo su misura per donare forma e significato alle identità personali e sociali. Il corpo, infatti, non si sviluppa in un vuoto, vive in mezzo ad altri corpi con i quali viene a relazionarsi, ai quali dice delle cose, con i quali costruisce dei significati: è un corpo sociale. Non lo si può pensare al di fuori e al di là delle caratteristiche culturali che fanno da cornice a tutte le nostre vite e che esercitano una pressione, una influenza più o meno evidente su di noi e sulle nostre scelte. Le particolarità del corpo comunicano importanti informazioni sull'identità, i valori, le affiliazioni, ovvero segnalano agli altri i significati che decidiamo di portare, sia come individui che come rappresentanti di un gruppo (Lemma, 2011).

Le modificazioni corporee per cui opta l'individuo inscrivono il corpo collocandolo in specifici ambiti fisici, culturali e perfino politici mediante delle scelte attive finalizzate ad un rispecchiamento che risulti il più fedele possibile all'identità della persona.

Ma cosa accade quando il corpo subisce delle trasformazioni anziché sceglierle, come nel caso di una malattia oncologica? Questo articolo propone una riflessione circa l'imprescindibilità dell'altro come testimone irrinunciabile della nostra esistenza nella costruzione dell'identità e nella definizione del Sé; l'altro come testimone della nostra esistenza coinvolto nei dinamici processi di riconoscimento e rispecchiamento. In questa co-costruzione di conoscenza il corpo rappresenta l'organo più esposto ma anche il più intimo, è l'ambiente nel quale si costruisce la relazione con l'altro, primo riferimento della nostra psiche, interfaccia tra un "dentro" e un "fuori"; custode di antiche memorie e, soprattutto, "contenitore" di un'identità, di una condizione, di una storia di vita.

Si è riflettuto quindi sugli inevitabili cambiamenti che la malattia impone nel e sul corpo e di come questi modifichino il processo di riconoscimento e di rispecchiamento dell'individuo nello sguardo, nel pensiero, nelle parole, nelle emozioni dell'altro.

## 2. Ri-conoscersi nell'altro

Il corpo e l'esperienza corporea sono costruiti nell'esperienza relazionale, ed entrambi la costituiscono. Il corpo, dunque, e la sua percezione, sono una costruzione che origina nella vita intersoggettiva, interpersonale e sociale. Esso è il territorio della relazionalità, punto di incontro con l'altro attraverso lo sguardo, la pelle, il corpo intero o le sue parti (Lemma, 2011).

Riprendendo il pensiero di Anzieu, possiamo affermare che il bambino acquisisce la percezione di una superficie corporea attraverso il contatto con la pelle della madre quando viene accudito o nutrito. Proprio a partire da questa esperienza corporea il bambino riuscirebbe, attraverso la rappresentazione dell'Io-pelle, a «rappresentarsi se stesso come un Io che contiene i contenuti psichici» (Anzieu, 1985, p. 56).

Il corpo può essere considerato dunque una piattaforma della nostra identità e al tempo stesso territorio dell'alterità; un crocevia delle relazioni, punto di incontro e di scontro tra la storia individuale e la storia sociale.

Per tutta la vita il corpo resta esposto allo sguardo dell'altro e, in questa circostanza di continua esposizione, costantemente si ritrova a raccontare la sua dipendenza fondativa dall'altro e dal suo desiderio.

Il riconoscimento di noi stessi e dell'altro – e dell'altro di noi – può essere considerato come la condizione base dell'identità individuale, la quale ha un suo elemento di specificità che risulta indipendente dall'altro, ma che necessita dell'alterità per essere riconosciuta: ciascun individuo ha un sentimento di sé, ovvero quella particolare familiarità con se stesso, che caratterizza il modo primordiale con cui si percepisce, ma, al fine di potersi strut-

turare, ogni conoscenza necessita di un indispensabile momento di oggettivizzazione.

Il termine riconoscimento deriva dal latino *cognosco*: conoscere, apprendere, e rinvia all'aspetto dinamico, costruttivo di una conoscenza, che non esiste a priori, bensì si esprime e si declina attraverso la pragmaticità del suo farsi, sempre nella e attraverso la relazione.

G. Bateson parla di ri-conoscimento in questi termini: «*La relazione viene per prima, precede, prima della conoscenza e prima della coscienza ... siamo parte danzante di una danza di parti interagenti... la conoscenza è un atto creativo espressione della relazione tra parti interagenti*», per cui «*il nostro pensare è sempre un interpensare*» (Sergio Manghi). La scena in cui ci muoviamo, in quel teatro che è il mondo, quindi è sempre irriducibilmente plurale. «*Non possiamo sapere nulla di alcuna cosa in sé, ma possiamo sapere qualcosa delle relazioni tra le cose*» (Bateson e Bateson, *Dove gli angeli esitano*). L'altro è perciò determinante nella co-costruzione della conoscenza.

La modalità comunicativa di questa conoscenza è la narrazione: è possibile accedere a temi di difficile conoscibilità – come l'identità – attraverso l'ascolto della loro narrazione. Una narrazione che avviene attraverso noi stessi e verso l'altro, espressione della nostra storia autobiografica che riceve una convalida di significato nel momento in cui l'altro porge l'orecchio, gli occhi, il corpo e la mente all'ascolto di essa. Essendo intrinsecamente relazionale, la narrazione rimanda ad un'immagine di noi con l'altro, che è mutevole ed in continua evoluzione generando l'unica conoscenza possibile, quella relativa, mediante l'autopoiesi.

### 3. Il riconoscimento nella malattia

La comparsa di una malattia che si manifesta significativamente sul corpo ridefinisce i contorni e ne altera l'aspetto; in queste circostanze è fondamentale cogliere quelle modificazioni e quei cambiamenti che impattano sull'identità dell'individuo vittima di una trasformazione che non ha scelto. Il cambiamento irrompe e interrompe una narrazione della propria storia di vita, richiedendo un repentino rinnovamento del racconto personale a se stesso e agli altri.

La malattia oncologica, nello specifico, si manifesta sul corpo attraverso le conseguenze dei trattamenti medici. Il soma subisce, infatti, delle trasformazioni che “toccano” la pelle, il viso, i capelli e la postura testimoniando, mediante questi segni espliciti, la presenza della malattia che abita il corpo. L'individuo può scegliere di non raccontare la propria nuova storia, di non

definirsi “malato” tentando di nascondere i segni della malattia, ma il corpo, come un oratore sincero ed eloquente, non potrà evitare di “narrarsi” all’altro, poiché esso rimane un luogo esposto: segnabile dall’impronta dell’altro attraverso il suo sguardo (Lemma, 2011).

Sul corpo possiamo ritrovare le tracce del disagio, del malessere, della fatica, della fragilità psichica, fisica ed esistenziale che, nell’incontro con l’altro e attraverso il rispecchiamento del corpo malato negli occhi dell’altro, può suscitare dei profondi e atavici vissuti emotivi quali angoscia di morte, paura, rabbia, invidia, pena o impotenza. Sono tutti aspetti e fenomeni che richiamano la relazione.

La nuova condizione di malattia, le modificazioni psichiche e corporee richiedono all’individuo una riorganizzazione della propria identità e, dunque, della narrazione della propria storia di vita che dovrà ora connettere passato e presente consentendo il riconoscimento (Grandi).

Partendo dalla considerazione che il corpo rappresenta uno strumento comunicativo e che l’immagine corporea, intesa come la sua mentalizzazione, è legata a concetti quali l’autostima (Lerner et al., 1973), l’ansia sociale (Cash and Smith, 1982) e l’autoconsapevolezza (Thompson, 1990), si comprende l’importanza che assume l’aspetto esteriore e il suo significato esplicativo. Nel caso di malattie che attaccano significativamente l’aspetto corporeo, il riconoscimento di sé cambia, come cambia anche il riconoscimento che l’altro ha di noi, ripercuotendosi sulla nostra percezione e generando nuovi significati che vengono recepiti e restituiti dall’altro, come fossimo davanti ad uno specchio.

Una ricerca condotta nel 2008 (J. M. Hormes, L. A. Lytle, C. R. Gross, R. L. Ahmed, A. B. Troxel & K. H. Smitz) dimostra come le donne sopravvissute al cancro al seno, che hanno subito modificazioni corporee come la mastectomia, siano influenzate quotidianamente dalla percezione dell’immagine del proprio corpo, il quale diventa il contenitore della malattia che trasmette informazioni su di essa all’altro. La relazione con il mondo esterno passa attraverso questo nuovo corpo che diviene spesso una barriera a livello sociale e sessuale, e può esprimersi con l’evitamento di situazioni sociali e di intimità col partner (L. R. Schover, 1991).

#### **4. Conclusioni**

La malattia oncologica comporta delle significative, tangibili, esplicite, osservabili e profonde trasformazioni sia sulla psiche sia sul corpo che mettono l’individuo nella condizione di ri-pensarsi, ri-definirsi nella propria identità integrando in essa i cambiamenti che la malattia gli impone. Si tratta

di un processo articolato e spesso doloroso che senza dubbio richiede la presenza dell'altro poiché la condizione stessa dell'identità individuale, come abbiamo visto, è data dal riconoscimento. L'identità del singolo, infatti, necessita dell'alterità per essere riconosciuta: ciascun individuo ha un sentimento di sé, ma, al fine di potersi costituire, ogni conoscenza esige un indispensabile momento di oggettivizzazione, ossia del riconoscimento dell'altro.

I segni della malattia si inscrivono sul corpo, lo alterano nel suo aspetto e nella sua percezione. Essi non si possono nascondere: *«Essere calva sarebbe diventato quello che avrebbe urlato al mondo che ero malata di cancro»*.

Terreno della relazione, dell'incontro, di negoziazione dei significati, di mediazione tra il "dentro" e il "fuori", il corpo non può sfuggire allo sguardo dell'altro e, nel caso esso stia lottando contro il cancro, questo diviene praticamente inevitabile. Sul corpo si ritrovano, infatti, le tracce del disagio, del malessere, della fatica, della fragilità psichica, fisica ed esistenziale che, nell'incontro con l'altro, vengono restituiti alla persona come fossero immagini riflesse in uno specchio. Attraverso un continuo processo di scambio e di rinegoziazione di conoscenza e, quindi, di significati, il rispecchiamento del corpo malato negli occhi dell'altro altera la percezione che l'individuo ha del proprio corpo e di sé e lo invita a prender parte a quella danza interattiva di definizione dell'identità che può esplicarsi e costruirsi unicamente nel campo della relazione.

# Sedi dell'Istituto di Psicologia Individuale «A. Adler»

## C.S.P.A. «Grandi» di Torino

Il centro di psicologia e psicoterapia C.S.P.A. nasce dall'esperienza trentennale di un gruppo di psicoterapeuti di orientamento individual-psicologico che operano sul territorio dal 1976.

Il modello operativo si ispira alla Psicologia Individuale Comparata, aggiornata dalle rielaborazioni teoriche e metodologiche del Prof. Lino G. Grandi e dall'équipe dell'«Istituto di Psicologia Individuale Alfred Adler». Tale modello coniuga l'approccio terapeutico specifico della psicologia del profondo con l'evoluzione del contesto ambientale e sociale, ponendo l'attenzione sia al mondo interno dell'individuo, sia agli aspetti della realtà quotidiana.

Il C.S.P.A. si pone quindi come Centro di Eccellenza mirata a supportare l'individuo sin dalla più tenera età (0-3 anni) in relazione alle problematiche legate al rapporto con le figure di riferimento ed alla crescita, per giungere alle problematiche specifiche dell'adulthood.

L'équipe è attualmente formata da psicologi specializzati in psicoterapia, iscritti all'Albo degli Psicoterapeuti del Piemonte.

C.so G. Sommeiller, 26  
10128 Torino  
Tel./Fax +39 011 077.12.69  
cspa.grandi@istitutoadler.it

## Sede di Cuneo

La Sede Operativa di Cuneo dell'Istituto di Psicologia Individuale «A. Adler» nasce nel 1999 e si sviluppa negli anni successivi, ampliando progressivamente i campi di ricerca e di intervento e divenendo uno dei principali riferimenti sul territorio non solo come centro specializzato nella diagnosi, terapia e riabilitazione del disagio psicologico, ma anche come ente promotore di iniziative culturali ed attività formative e preventive finalizzate al sostegno della persona, della famiglia e della comunità.

Attualmente si articola nel C.S.P.A. (Centro Studi di Psicologia Applicata) «Grandi» di Cuneo e nel Ce.M.I.A. (Centro Multidisciplinare per l'Infanzia e l'Adolescenza).

Il C.S.P.A. «Grandi» di Cuneo è costituito da psicologi e psicoterapeuti di comune orientamento e formazione. Rappresenta il polo psicologico-clinico dell'Istituto. Si occupa di psicodiagnosi e psicoterapia di bambini, adolescenti e adulti (individuale e di gruppo), consulenze peritali in ambito civile e penale, preparazione e sostegno alla genitorialità, formazione educatori ed insegnanti, interventi preventivi nelle scuole. Svolge inoltre attività di ricerca e formazione in ambito psicodiagnostico e psicoterapeutico, in collaborazione con l'Accademia del Test Proiettivo e con la Scuola Adleriana di Psicoterapia.

Il Ce.M.I.A. rappresenta il polo multidisciplinare dell'Istituto. La convergenza di diverse professionalità (psicologi, psicoterapeuti, neuropsichiatri infantili, psicomotricisti, logopedisti) consente uno studio integrato ed una presa in carico della globalità del soggetto in età evolutiva, attraverso un approccio che colga i bisogni di crescita, favorisca l'espressione armonica delle risorse corporee, cognitive, affettive e relazionali dei bambini e degli adolescenti, sostenga e faciliti gli adulti nei loro diversi ruoli educativi (genitori, insegnanti, educatori), favorendo il lavoro di rete.

Il Centro realizza una serie di servizi in ambito educativo, preventivo, clinico e riabilitativo, laddove è necessaria la collaborazione e l'intervento integrato di diverse figure professionali: diagnosi e riabilitazione dei disturbi specifici dell'apprendimento, valutazione e sostegno nell'ambito delle difficoltà scolastiche, diagnosi/terapia/riabilitazione dei disturbi dello sviluppo, interventi supportivi rivolti a soggetti diversamente abili e alle loro famiglie, attività educativo/preventive di psicomotricità, laboratori linguistici, interventi di promozione del benessere e di prevenzione del disagio nelle scuole, percorsi formativi per educatori, insegnanti e genitori.

## Convegni

«Educare oggi. Nuove sfide per la famiglia e la Scuola», Cuneo, marzo 2009.

«Parlami di te. Incontrarsi e raccontarsi nell'era digitale», Cuneo, aprile 2015.

## Pubblicazioni

LERDA G.S. & PIUMETTI P. (2008), *Psicologi a scuola*, Cuneo, Percorsi.

GRANDI L.G. & LERDA G.S. (2013), *Per i nostri figli. Itinerari di crescita e benessere tra famiglia e scuola*, Cuneo, Percorsi.

LERDA G.S. & LO SAPIO, V. (2014). *The precariousness of relationships during the age of the digital native*, in *Aloma – Revista de Psicologia, Ciències de l'Educació i de l'Esport*, 32 (2), 77-83.

Articoli scientifici pubblicati sulle riviste «Il Sagittario» e «Rivista di Psicologia Individuale». Comunicazioni ai Convegno S.I.P.I e I.A.I.P.

#### **Tra i principali progetti realizzati nel 2016:**

- ❖ Collaborazione con il Comune di Cuneo nel progetto Sistema Infanzia – Attenzioni Congiunte. Interventi formativi rivolti a educatori, insegnanti e genitori e laboratori educativi nelle scuole.
- ❖ Collaborazione con i Licei Classico e Scientifico di Cuneo nell'ambito del progetto «Cyber sì, bullo no». Somministrazione ed elaborazione del questionario «Il tempo della rete».
- ❖ Partecipazione alla Summer School organizzata dal CESPEC (Centro Studi sul Pensiero Contemporaneo) sul tema: «Futuri: immaginare il mondo di domani».

Sito internet: [www.istitutoadlercuneo.it](http://www.istitutoadlercuneo.it)

## **Prossime iniziative**

Sono previste tre nuove iniziative:

- ❖ un convegno nazionale dell'Istituto di Psicologia Individuale «A. Adler»;
- ❖ un Master in Psicoterapia Infantile;
- ❖ un Master sui Disturbi d'ansia e D.O.C.

Per maggiori informazioni visitare il sito internet  
[www.istitutoadler.it](http://www.istitutoadler.it)



# Master in Neuropsicologia

Il Centro Studi e Ricerche in Neuropsicologia con il patrocinio dell'Istituto di Psicologia Individuale «A. Adler» presenta il

## MASTER in NEUROPSICOLOGIA

### Le basi neurobiologiche della riabilitazione neurocognitiva: dalla teoria all'intervento

Il corso si propone di presentare i più recenti lavori scientifici relativi alla plasticità cerebrale, alle reti neurali e alla neuropsicologia, con l'implicito obiettivo di compiere delle inferenze sul futuro della riabilitazione neurocognitiva. Saranno presentati studi sull'fMRI relativi a diverse lesioni cerebrali sottolineandone la valenza clinica e di ricerca. Nel dispiegarsi del corso si assisterà ad un passaggio dalla teoria all'intervento con la figura del neuropsicologo in un reparto di neurologia fino alla presentazione di un training di riabilitazione neurocognitiva che prevede, tra gli strumenti di intervento, l'applicazione di Information and Communication Technology (ICT): a tal proposito verrà illustrato l'utilizzo di ambienti virtuali (realtà virtuale semi-immersiva) all'interno del contesto riabilitativo sia con pazienti affetti da deficit intellettivo sia con deficit cognitivo acquisito e afasici. In sintesi sarà fornita una visione del neuropsicologo che interagisce con il mondo delle neuroscienze e della clinica neurologica e riabilitativa seguendo una logica pragmatica che lo vede coinvolto a 360 gradi in vari ambiti, da quello teorico all'intervento, in qualità di attore attivo e creativo nel processo scientifico e di ricerca.

#### Il cervello che cambia: basi neurologiche e funzionali della plasticità cerebrale

Lo scopo dell'intervento sarà di illustrare come il cervello ed in particolare la corteccia cerebrale si

modifichino strutturalmente e funzionalmente, sia a livello individuale che di gruppi omogenei, in conseguenza dell'esposizione all'ambiente e all'apprendimento di attività specifiche, sviluppando «moduli cognitivi», culturalmente appresi, che si affiancano ad un'organizzazione modulare innata. Vi sarà un'introduzione dedicata a definire il concetto ed i meccanismi della plasticità cerebrale, i fattori che la favoriscono o, al contrario, che ne limitano l'efficienza. Verrà inoltre approfondito il ruolo della plasticità cerebrale nello sviluppo del linguaggio ovvero le modificazioni neurologiche e funzionali conseguenti all'apprendimento di una seconda lingua o di espressione linguistica attraverso modalità alternative, come ad esempio la lingua dei segni o il linguaggio scritto.

Sarà evidenziato il ruolo della plasticità neuronale nel sopperire agli effetti di una deprivazione sensoriale o di un danno anatomico.

#### Plasticità cerebrale e riabilitazione neurocognitiva

La plasticità è la capacità del cervello di adattarsi a livello anatomo-funzionale ai cambiamenti dell'ambiente esterno ed interno al sistema nervoso centrale. Qualunque funzione cognitiva superiore è tale grazie alla plasticità delle strutture nervose che la istruiscono. In caso di lesione cerebrale, la possibilità di un recupero parziale o totale della funzione danneggiata dipende proprio dalla capacità innata del sistema nervoso di far fronte ai cambiamenti prodotti dal danno adattandosi alle nuove richieste del sistema. La riabilitazione può e deve cercare di potenziare questo meccanismo adattativo fornendo alle aree cerebrali lese e a quelle limitrofe i giusti ingredienti esperienziali per massimizzare l'efficacia del processo plastico di recupero funzionale. Verranno trattati gli aspetti neurobiologici e funzionali della plasticità cerebrale, come l'attività riabilitativa interagisca con questo meccanismo e verranno portati alcuni esempi di casi clinici di pazienti con lesioni cerebrali che compromettono una o più funzioni cognitive superiori.

#### Introduzione alle tecniche di neuroimagine funzionale per la diagnosi e la valutazione dell'efficacia delle terapie riabilitative nel Paziente Neuropsicologico

Le tecniche di neuroimaging funzionale hanno rivoluzionato l'approccio fisiopatologico alle patologie di competenza neuropsicologica. Allo stesso modo le metodiche riabilitative possono giovare di una validazione basata sugli effetti cerebrali, oltre che sull'efficacia comportamentale. La lezione prenderà in considerazione le basi teoriche della risonanza magnetica funzionale (fMRI), i metodi di elaborazione dell'immagine, la costruzione di un paradigma e di un esperimento fMRI, le tecniche di connettività e di validazione metaanalitica dei dati. Infine verranno trattati e discussi alcuni esempi di studi fMRI in campo neuropsicologico.

### **Il neuropsicologo in neurologia: dinamica di un lavoro integrato**

All'interno del modulo verrà presentata la clinica neurologica proiettata a fini neuropsicologici.

Oltre a introdurre da un punto di vista puramente clinico le varie e più importanti patologie neurologiche, verranno analizzati gli aspetti clinici neuropsicologici della patologia e gli effetti neuropsicologici delle terapie.

Un percorso atto a cogliere i momenti pratici in cui un neuropsicologo entra in azione e collabora con il collega neurologo.

Verranno presentati casi clinici per simulare l'intervento e l'utilità del neuropsicologo. All'interno del caso pratico si verificherà non solo l'importanza ai fini diagnostici della valutazione neuropsicologica, ma anche di come la sua azione determina scelte cliniche e farmacologiche differenti. Il fine è di sottolineare come l'intervento del neuropsicologo sia non solo utile ma anche dinamico all'interno del processo di cura.

### **La realtà virtuale e la riabilitazione neurocognitiva: nuove metodologie sperimentali di Information and Communication Technology (ICT)**

Nel corso dell'intervento saranno affrontate tematiche relative alla riabilitazione dell'afasia con esplicito riferimento alle nuove metodologie in neuro-riabilitazione di Information and Communication Technology (ICT) con elementi di realtà virtuale semi-immersiva. Saranno presentate due città virtuali: una per pazienti lievi e una per pazienti gravi che, oltre a contenere esercizi plurifunzionali cognitivi, sono connotate da esercizi di apprendimento cooperativo e, per gli afasici lievi, da stimolazioni emotive. Sono previste incursioni dentro la città dei partecipanti che, attraverso forzate limitazioni linguistiche, potranno sperimentare direttamente il training. Verranno inoltre presentati filmati del training con pazienti colpiti da deficit cognitivo acquisito e una recentissima ricerca intervento di un training di realtà virtuale (NeuroVR) applicata a pazienti con ritardo mentale.

### **COSTI**

- ❖ Per psicologi professionisti: € 500.00 (più IVA 22%)
- ❖ Per specializzandi e dottorandi: € 400.00 (più IVA 22%)
- ❖ Per allievi ed ex allievi della Scuola Adleriana di Psicoterapia: € 300.00 (più IVA 22%)
- ❖ Per tirocinanti post-lauream e studenti in psicologia: € 300.00 (più IVA 22%)

Sono previsti Crediti ECM.

Per informazioni sul corso e sulle modalità di iscrizione rivolgersi a:

Dott. Luca Fabio Malimpensa

340 328 87 46

oppure: [accademianeuropsi@libero.it](mailto:accademianeuropsi@libero.it)

# Accademia del Test Proiettivo

L'accademia del Test Proiettivo vanta una storia prestigiosa, costellata da numerosi riconoscimenti nazionali ed internazionali ed affonda le sue radici in una tradizione trentennale di docenza, formazione e ricerca in clinica psicodiagnostica. Scuola leader in Italia nella diffusione e formazione all'uso dei test, si è avvalsa e si avvale della collaborazione-docenza di clinici, psicoterapeuti, psicopatologi di grande valore umano e professionale, nonché di studiosi con vasta esperienza applicativo-clinica. I corsi ed i master, finalizzati all'apprendimento e all'utilizzo clinico dei principali reattivi psicodiagnostici, seguono metodologie didattiche innovative, in grado di trasmettere non solo un sapere teorico, ma anche l'uso pratico dei test e la loro lettura clinica integrata.

L'accademia del Test Proiettivo si propone di offrire strumenti utili ed efficaci per:

- ❖ Psicodiagnostica clinica come preparazione ad un trattamento psicoterapeutico-analitico;
- ❖ Psicodiagnostica clinica finalizzata alle perizie in ambito giuridico;
- ❖ Psicodiagnostica in supporto a psicofarmacologi;
- ❖ Psicodiagnostica per l'orientamento scolastico e professionale.

L'acquisizione di una strumentazione diagnostica approfondita è inoltre utile per:

- ❖ affrontare le prove dell'Esame di Stato per gli psicologi;
- ❖ affrontare la prova pratica ai concorsi A.S.L., che spesso prevede una valutazione psicodiagnostica con uso di batterie di reattivi.

I Corsi di Perfezionamento e Specialistici contemplano le primarie esigenze dei partecipanti, dalla metodologia teorica alla praticità dell'applicazione: ampio spazio verrà dato a esercitazioni guidate, a simulate e all'analisi e stesura di protocolli e cartelle cliniche.

A fine master i partecipanti saranno in grado di definire un profilo psicodiagnostico attraverso la lettura di singoli test, il confronto e l'integrazione dei dati, con particolare attenzione alle modalità di stesura di una relazione ed alla restituzione al paziente dei dati emersi. Verranno forniti agli allievi casi clinici di esercitazione e, al termine del master, una dispensa esplicativa.

È possibile iscriversi anche ai singoli seminari. Per chi fosse interessato a percorsi più brevi, è data l'opportunità di usufruire di pacchetti composti da un minor numero di seminari (MODULI BREVI).

## Master in psicodiagnosi degli adulti

### Corso di perfezionamento I° livello

- ❖ Test di Rorschach – I livello
- ❖ T.A.T. (Thematic Apperception Test) – I livello
- ❖ MMPI 2 (Minnesota Multiphasic Personality Inventory)
- ❖ W.A.I.S.-R (Wechsler Adult Intelligence Scale) – I livello
- ❖ Supervisione – Tutoring

### Corso di perfezionamento II° livello

- ❖ Test di Rorschach – II livello
- ❖ T.A.T. (Thematic Apperception Test) – II livello
- ❖ W.A.I.S.-R (Wechsler Adult Intelligence Scale) – II livello
- ❖ Supervisione – Tutoring

### Corso specialistico

#### in metodologia della diagnosi

- ❖ Esame obiettivo ed anamnesi
- ❖ Raccolta dati e rielaborazione
- ❖ Profilo psicodiagnostico
- ❖ Restituzione

## Master in psicodiagnosi dell'età evolutiva

### Corso di perfezionamento I° livello

- ❖ Test di Rorschach – I livello
- ❖ C.A.T. (Children Apperception Test)
- ❖ Test Carta e Matita
- ❖ WISC-III – I livello
- ❖ Supervisione – Tutoring

### Corso di perfezionamento II° livello

- ❖ Test di Rorschach – II livello
- ❖ Test del Villaggio di Arthus
- ❖ WISC-III – II livello
- ❖ Supervisione – Tutoring

*Corso specialistico in  
metodologia della dia-gnosi*

- ❖ Esame obiettivo ed anamnesi
- ❖ Metodologia dell'osservazione
- ❖ Raccolta dati e rielaborazione
- ❖ Profilo psicodiagnostico
- ❖ Restituzione

**Master in Neuropsicologia**

*Corso di approfondimento in neuropsicologia  
diagnostica e riabilitativa*

- ❖ Valutazione e riabilitazione dei deficit di memoria
- ❖ Valutazione e riabilitazione del paziente con danno frontale
- ❖ Valutazione e riabilitazione dei disturbi dell'attenzione e del neglet
- ❖ Valutazione e riabilitazione dei disturbi prassici e gnosici

**Supervisioni in Psicodiagnostica**

Supervisioni di cartelle cliniche psicodiagnostiche:

- ❖ individuali
- ❖ di gruppo (ciclo di 10 incontri con cadenza mensile della durata di 3 ore caduno).

**Corsi opzionali**

Verranno attivati su richiesta corsi di una giornata sui seguenti test:

ROSENZWEIG, SCENO-TEST, PATTE NOIR, FAVOLE DELLA DUSS, BLACKY PICTURES, FAMILY RELATION TEST (FRT), SWAP 200, VINELAND ADAPTIVE BEHAVIORAL SCALES (VABS).

*Modulo breve A (adulti)*

- ❖ Test di Rorschach – I° livello
- ❖ Test di Rorschach – II° livello
- ❖ O.R.T. (Objective Relation Technique)

*Modulo breve B (adulti)*

- ❖ T.A.T (Thematic Apperception Test) – I° livello
- ❖ W.A.I.S.- R – I° livello
- ❖ Wartegg

*Modulo breve C (età evolutiva)*

- ❖ Test di Rorschach – I° livello
- ❖ Test di Rorschach – II° livello
- ❖ Test Carta e Matita

*Modulo breve D (età evolutiva)*

- ❖ C.A.T. (Children Apperception Test)
- ❖ WISC-III – I° livello
- ❖ Test del Villaggio di Arthus

*Modulo «I test in ambito peritale»*

- ❖ Test di Rorschach – II° livello
- ❖ T.A.T (Thematic Apperception Test) – II° livello
- ❖ C.A.T. (Children Apperception Test)
- ❖ F.R.T. (Family Relation Test)
- ❖ Supervisione

La durata, il calendario ed i costi dei Corsi e dei Master sono consultabili sul sito [www.accademiadeltest.it](http://www.accademiadeltest.it).

I master saranno attivati qualora venga raggiunto il numero minimo di iscritti.

È prevista l'organizzazione e la strutturazione di corsi specifici su richiesta di ASL e Strutture Sanitarie.

Presidente Onorario: Prof. Lino G. Grandi  
Supervisore Scientifico: Prof. Franco Freilone  
Responsabile: Dott. Gian Sandro Lerda  
Segreteria: Dott. Gian Piero Grandi

Per ulteriori dettagli:

[www.accademiadeltest.it](http://www.accademiadeltest.it)

[accademiadeltest@istitutoadler.it](mailto:accademiadeltest@istitutoadler.it)

Dott. Gian Piero Grandi tel. 334.82.76.694

# Il trattamento della dipendenza da cocaina

## Coordinamento didattico scientifico e docenti

- ❖ Dr. Augusto Consoli – Psichiatra – Direttore Dipartimento di Patologia delle Dipendenze «C. Olieveinstein» – ASL TO2
- ❖ Dr. Teresio Minetti – Psicoterapeuta, Analista S.I.P.I. (Società Italiana di Psicologia Individuale) – Coordinatore del servizio Webcocare Dipartimento di Patologia delle Dipendenze «C. Olieveinstein» – ASL TO2
- ❖ Dr.ssa Giorgia Necco – Psicoterapeuta – Coordinatore del servizio Webcocare Dipartimento di Patologia delle Dipendenze «C. Olieveinstein» – ASL TO2
- ❖ Prof. Lino G. Grandi – Didatta ufficiale S.I.P.I. (Società Italiana di Psicologia Individuale) – Direttore della Scuola Adleriana di Psicoterapia
- ❖ Dr. Gian Piero Grandi – Psicoterapeuta – Docente di Psicodiagnostica dell'Accademia del Test Proiettivo
- ❖ Dr. T. Minetti – Responsabile del comitato organizzativo
- ❖ G. P. Grandi – Segreteria

## Presentazione

La cocaina è ormai diffusa su tutto il territorio nazionale ed è utilizzata non più da persone appartenenti ad un gruppo sociale elitario, ma da soggetti di ogni categoria sociale. Quando, spesso con l'aiuto di un familiare, dette persone arrivano a chiedere aiuto, faticano a trovare professionisti capaci di affrontare le loro problematiche. I servizi delle ASL possono essere vissuti con diffidenza. Quanto detto è dovuto sia al fatto che tali servizi sono per lo più frequentati da eroinomani (chi usa cocaina non si ritiene tossicodipendente e quindi vuole evitare di essere trattato come tale), sia dalla paura di essere «schedati» o che comunque venga violata in qualche modo la loro privacy. Occorre tener conto infatti che per lo più chi utilizza cocaina o crack è ben inserito sia socialmente che dal punto di vista lavorativo ed è particolarmente sensibile alla propria reputazione. In questi casi queste persone cercano per lo più di essere prese in carico privatamente, ma faticano a trovare modalità di percorso adeguate. Le vie private sono caratterizzate soprattutto da «trattamenti» presso comunità terapeutiche, in quanto mancano sul territorio professionisti capaci di affrontare detta tipologia di problemi anche ambulatorialmente. Lo scopo del Master è quello di preparare professionisti psicologi, psicoterapeuti, medici e psichiatri all'accoglienza e al trattamento di persone che hanno il problema dell'uso di sostanze psicotrofici come la cocaina ed il crack.

## Destinatari

Psicologi, Psicoterapeuti, medici e psichiatri

Il Master avrà inizio nel mese di Gennaio. Ogni incontro formativo avrà la durata di 4 ore con cadenza ogni 15 giorni. Ogni incontro (tranne il primo che sarà prevalentemente teorico) sarà suddiviso in una parte teorica ed una parte pratica di analisi e discussione di un caso clinico. I docenti del corso sono professionisti psicoterapeuti/medici/psichiatri che da diversi anni lavorano a stretto contatto con persone che consumano psicotrofici e dotati di capacità formative. Sono previsti incontri individuali con un tutor.

## Tematiche trattate nei 5 incontri di 4 ore:

1. Che cos'è la cocaina (Dr. A. Consoli);
2. Psicodiagnosi e trattamenti dei soggetti che usano cocaina (Dr. T. Minetti);
3. Sostegno all'astinenza – prima, seconda e terza fase (Dr.ssa G. Necco);
4. Sostegno all'astinenza – quarta, quinta e sesta fase (Dr. T. Minetti);
5. Psicoterapia psicodinamica con il paziente che usa cocaina (Prof. L. Grandi);

Si rimanda al sito internet [www.istitutoadler.it](http://www.istitutoadler.it) per maggiori dettagli

Si rilascerà un attestato di frequenza valido per la partecipazione ai concorsi. Per il Master sono previsti gli ECM validi per psicologi e medici.

**Costi di partecipazione:** € 330 + iva (sono compresi i crediti ECM). Per i tirocinanti di psicologia e di medicina, per gli specializzandi in psicoterapia è prevista una quota agevolata di € 160 + iva 22% senza crediti ECM (per chi vuole i crediti ECM la quota è di € 190 + iva). Per il corso sono stati richiesti 25 crediti ECM per psicologi e medici (in attesa di conferma).

L'iscrizione deve pervenire alla Segreteria Organizzativa – tramite il modulo di iscrizione (N.B. il termine delle iscrizioni può essere anticipato qualora si raggiunga preventivamente il numero massimo di iscritti).

Il Corso sarà effettuato solo se verrà raggiunto il numero minimo di iscritti (12).

Per ulteriori dettagli: 011/669.04.64 (segreteria tel./fax); 339/8402513 Dr. Teresio Minetti.

# Psicoterapia del paziente con problemi alcolcorrelati

## Coordinamento didattico scientifico e docenti

- ❖ Dott.ssa Franca Beccaria – Sociologa, ECLECTICA Istituto di Ricerca e Formazione di Torino
- ❖ Dott. Paolo Barucci – Psicologo, Psicoterapeuta, Dottorato di Ricerca in Alcolologia, Direttore del dipartimento di Patologia delle Dipendenze ASLTO5
- ❖ Dott. Alberto Arnaudo – Medico responsabile Ser.D. di Cuneo
- ❖ Dott.ssa Maria Antonella Piras – Psicologa, Psicoterapeuta, Servizio di Alcolologia, Dipartimento di Patologia delle Dipendenze ASLTO2
- ❖ Dott.ssa Francesca Di Summa – Psicologa, Psicoterapeuta, Analista Didatta S.I.P.I., Direttore della Scuola Adleriana di Psicoterapia di Torino
- ❖ Dott. Augusto Consoli – Psichiatra, Direttore Dipartimento di Patologie delle Dipendenze «C. Olivenstein» ASLTO2
- ❖ Dott.ssa Paola Damiano – Psichiatra, Responsabile Serv. Alcolologia, Dipartimento di Patologia delle Dipendenze ASLTO2
- ❖ Ezio Picco – servitore insegnante ARCAT Piemonte
- ❖ Luigi B – Alcolisti Anonimi, Responsabile Operativo Comitato Esterno
- ❖ Dott. Gian Piero Grandi – Responsabile del comitato organizzativo e della segreteria

## Presentazione

Realtà di oggi: le patologie correlate all'abuso di alcol sono molto diffuse e i pazienti sono in costante aumento, sia nell'ambito pubblico sia in quello privato. La domanda di aiuto (da incentivare per svariate resistenze) richiede tuttavia l'intervento di professionisti specializzati e competenti nella delicata materia. Sono infatti numerose le difficoltà a coinvolgere il paziente con le suddette problematiche in un percorso di cura e di riabilitazione. Tuttavia, quando si opera con professionalità e capacità di integrazione con i tanti ambiti, pubblici e privati, questa tipologia di paziente è collaborativa e motivata. Il lavoro psicoterapeutico con questi pazienti può offrire, quando condotto con modalità congrue, risultati positivi e soddisfacenti. Come si può vedere dal ricco e articolato programma, il Corso proposto è in grado di fornire conoscenze necessarie ad una comprensione del fenomeno, dei vari contesti di trattamento e degli aspetti essenziali per il trattamento psicoterapeutico. Un attestato finale, rilasciato da un Istituto che si avvale di riconoscimenti internazionali, rappresenta un segno distintivo di una specifica competenza, acquisita in un momento in cui si presume un aumento delle persone e delle famiglie che pongono una richiesta di aiuto. Una psicoterapia in grado di collocare questo tipo di problematica nel giusto contesto storico e culturale e operare con le agenzie del territorio diventa un valore aggiunto, imprescindibile per un efficace trattamento globale.

## Destinatari

Psicologi, psicoterapeuti, medici e psichiatri.

Il Master è attualmente in corso. Ogni incontro formativo avrà la durata di 4 ore con cadenza settimanale. Ogni incontro sarà suddiviso in una parte teorica e una parte pratica che potrà prevedere la presa in esame di casi clinici. I docenti del corso sono professionisti psicoterapeuti/medici/psichiatri/collaboratori esperti del settore che da diversi anni lavorano a stretto contatto con persone che consumano sostanze alcoliche.

## Tematiche trattate nei 6 incontri da 4 ore

1. Stili di consumo, allarme sociale e bere culturale. Cambiamenti e continuità (Dott.ssa Franca Beccaria)
2. Quadro personologico, abuso, dipendenza e altri comportamenti problematici (Dott. Paolo Barucci, Dott. Augusto Consoli)
3. Le implicazioni di carattere medico. La dipendenze da alcol e problemi alcolcorrelati (Dott. Alberto Arnaudo)
4. Il trattamento psicoterapeutico del paziente alcolista. La gestione delle ricadute (Dott.ssa Maria Antonella Piras, Dott.ssa Francesca Di Summa)
5. La presa in carico globale del paziente alcolista. Conoscenza della rete di servizi pubblici e privati del territorio: mappatura, modalità di contatto e di collaborazione (Dott. Augusto Consoli, Dott.ssa Paola Damiano, Ezio Picco, Luigi B)
6. Alcol e guida: legislazione. La diagnosi e il progetto terapeutico alternativo alla pena. Presentazione e discussione di un caso clinico (Dott. Paolo Barucci)

Si rimanda al sito [www.istitutoadler.it](http://www.istitutoadler.it) per ulteriori dettagli

Si rilascerà un attestato di frequenza valido per la partecipazione ai concorsi e per collaborazione con strutture e servizi che si occupano di questa problematica. Per il Master sono previsti crediti ECM validi per psicologi e medici.

Costi di partecipazione: 330€ + IVA (sono compresi gli ECM). Per i tirocinanti di psicologia e di medicina, per gli specializzandi in psicoterapia e per i soci IPI è prevista una quota agevolata di 150€ + IVA. Per il corso sono stati richiesti crediti ECM in attesa di conferma.

L'iscrizione deve pervenire alla Segreteria Organizzativa – tramite modulo iscrizione – all'indirizzo [segreteria@istitutoadler.it](mailto:segreteria@istitutoadler.it).

Per ulteriori dettagli: 011/6690464, fax: 011/19914035; 334/8276694 Dr. Gian Piero Grandi.

## Hanno scritto in questo numero

### **Lino Graziano Grandi**

Psicologo – Psicoterapeuta – Analista Didatta  
S.I.P.I.

Direttore Generale della Scuola Adleriana di  
Psicoterapia

Supervisore Scientifico dell'Istituto di Psicologia  
Individuale «Alfred Adler»

### **Enrica M. Fusaro**

Psicologa – Psicoterapeuta – Analista, Didatta  
S.I.P.I.

Formatrice e Docente della Scuola Adleriana di  
Psicoterapia

### **Gian Sandro Lerda**

Psicologo – Psicoterapeuta – Analista S.I.P.I.

Direttore del C.S.P.A «Grandi» di Cuneo

Docente della Scuola Adleriana di Psicoterapia,

Docente dell'Accademia del Test Proiettivo,

Docente della facoltà teologica di Fossano

### **Stefania Caudana**

Psicologa – Psicoterapeuta – Analista S.I.P.I.

Responsabile dell'Area avviamento alla profes-  
sione e tirocini

Docente della Scuola Adleriana di Psicoterapia

Docente dell'Accademia del Test Proiettivo.

### **Gian Piero Grandi**

Psicologo – Psicoterapeuta – Analista S.I.P.I.

Responsabile dell'Accademia del Test Proiettivo

Segretario organizzativo e di supporto alle aree  
dell'I.P.I.

Docente della Scuola Adleriana di Psicoterapia.

Docente dell'Accademia del Test Proiettivo

### **Francesca Imoda**

Psicologa – Psicoterapeuta – Analista S.I.P.I.

Formatrice Scuola Adleriana di Psicoterapia

### **Simonetta Vegro**

Psicologa – Psicoterapeuta adleriana

Docente della Scuola Adleriana di Psicoterapia

### **Barbara Bassino**

Psicologa – Psicoterapeuta adleriana

### **Luca Burdisso**

Psicologo – Psicoterapeuta adleriano

Docente della facoltà teologica di Fossano

### **Annarita Carena**

Psicologa – Psicoterapeuta adleriana

Docente della Scuola Adleriana di Psicoterapia

### **Veronica Lo Sapia**

Psicologa – Psicoterapeuta adleriana

Docente dell'Accademia del Test Proiettivo

### **Jolanda Pannullo**

Psicologa Psicoterapeuta adleriana

### **Federico De Marco**

Psicologo – Psicoterapeuta adleriano

### **Maria Luisa Giardina**

Psicologa – Psicoterapeuta adleriana

### **Francesca Falbo**

Psicologa – Psicoterapeuta adleriana

### **Giulia Caffaro**

Psicologa – Psicoterapeuta adleriana

### **Stefania Torriano**

Psicologa – Psicoterapeuta adleriana

### **Clarisa Acuna Rolfi**

Psicologa – Specializzanda Scuola Adleriana di  
Psicoterapia

### **Antonella Masci**

Psicologa – Specializzanda Scuola Adleriana di  
Psicoterapia

### **Laura Calabrò**

Psicologa – Specializzanda in Psicoterapia

### **Claudia Chiavarini**

Psicologa – Specializzanda in Psicoterapia

## Norme redazionali

I lavori, in lingua italiana, vanno indirizzati alla Direzione Scientifica della Rivista – Corso Sommeiller, 4 – 10125 Torino.

La pubblicazione è subordinata al giudizio della Direzione, del Collegio dei Redattori e/o del Comitato Scientifico.

Gli originali non si restituiscono.

I testi devono essere inviati in cartelle dattiloscritte, a doppio spazio, su una sola facciata (40 righe di 60 caratteri). Essi si intendono redatti in forma definitiva, *licenziati alla stampa*, così che le bozze possano essere corrette in redazione, senza obbligo di mandarle all'Autore. Ove non venisse osservata questa norma, la Redazione è autorizzata ad apportare al testo le variazioni che si ritenessero strettamente necessarie per ragioni tecniche.

Nelle note di accompagnamento al lavoro vanno indicati: 1) *una proposta di titolo* in italiano; 2) nome, cognome e qualifica degli autori; 3) istituzione di appartenenza; 4) eventuali enti finanziatori della ricerca; 5) nome ed indirizzo (possibilmente privato) dell'Autore al quale va inviata la eventuale corrispondenza.

Le descrizioni di casi clinici devono comprendere: 1) una breve premessa indicante i motivi che conferiscono interesse all'osservazione; 2) una descrizione sintetica del caso; 3) un breve commento epicritico; 4) i riferimenti bibliografici.

I testi degli articoli, date le caratteristiche della pubblicazione, è opportuno che non superino le 10-12 cartelle (40 righe di 60 caratteri ciascuna). Le *recensioni*, le *lettere*, gli *annunci* o le *cronache* di convegni, seminari, incontri di studio non devono superare le 30 righe (di 60 caratteri) di testo, salvo specifica richiesta o autorizzazione della Direzione.

Tale materiale (annunci, lettere, recensioni) deve riguardare *esclusivamente* le materie trattate dalla rivista (Psicologia Clinica, Psicolo-

gia del Lavoro, Psicologia Giuridica, Psicologia della Religione, Psicoterapia, Psichiatria, Psicologia delle arti, Filosofia, Pedagogia, Sociologia).

Le bibliografie vanno compilate secondo l'ordine di citazione nel testo o in ordine alfabetico d'autore. L'abbreviazione del nome delle riviste deve essere conforme all'Index Medicus.

Grafici, fotografie ecc., sono da inviare in copie perfette, su fogli separati, con le dovute indicazioni e breve didascalia. I lavori vengono pubblicati gratuitamente.

Agli autori verrà soltanto addebitato un diritto fisso di € 30,00 per ogni lavoro, ed eventuali spese per composizioni in lingua straniera o per traduzioni ed il conto degli estratti. Le tabelle, clichés in bianco e nero ed a colori sono a carico degli Autori.

Gli estratti della pubblicazione potranno essere ordinati all'atto della spedizione del lavoro. L'Autore potrà comunque contattare la Redazione per l'ordinazione di estratti fino alla confezione del fascicolo.

Il costo degli estratti con copertina (minimo € 60,00) viene così conteggiato: primi 50 estratti, € 15,00 per pagina; ogni 50 estratti in più, € 1,50 per pagina.

Le spese per la pubblicazione di monografie e di Atti di convegni scientifici, in forma di supplemento ad un fascicolo o «numero speciale» della Rivista, sono completamente a carico degli interessati, comprese quelle di spedizione a tutti gli abbonati e comunque a tutti gli aventi diritto.

### COSTO DEL VOLUME

Italia: € 20,00 (Individuale)  
€ 30,00 (Istituzionale)

Esteri: € 40,00

Pubblicazione semestrale – Arretrati il doppio.

Per informazioni relative alla distribuzione, rivolgersi alla segreteria dell'Istituto di Psicologia Individuale «Alfred Adler», C.so Sommeiller 4, Torino; tel/fax: 011.996.9946.

© Tutti i diritti sono riservati.

È vietata la riproduzione, anche parziale, effettuata con qualunque mezzo, senza il permesso scritto dell'Editore.