

## EDITORIALE

|                   |   |   |
|-------------------|---|---|
| Giuseppe Ferrigno | <b>Alfred Adler, inspired poet of relationships</b> _____ | 3 |
|                   | <b>Alfred Adler, ispirato poeta della relazione</b> _____ | 5 |

## STUDI E RICERCHE

|                    |  |    |
|--------------------|--|----|
| Michael Titze      | <b>Shame and Gelotophobia: Notes and Comments on Important Human Feelings</b> _____            | 7  |
|                    | <b>Vergogna e gelotofobia: note e commenti su importanti sentimenti umani</b> _                | 23 |
| Giuseppe Ferrigno  | <b>Intergenerational Conflicts and Psychotherapy: Something More than Interpretation</b> _____ | 38 |
|                    | <b>Conflitti intergenerazionali e psicoterapia: qualcosa in più dell'interpretazione</b> _____ | 56 |
| Alberto Mascetti   | <b>Il corpo della donna tra rappresentazione e violenza</b> _____                              | 75 |
| Kazimierz J. Dudek | <b>Speranza e psicoterapia. Aspetti teorici e clinici</b> _____                                | 83 |

## CASI CLINICI

|                 |   |    |
|-----------------|---|----|
| Chiara Scaratti | <b>Il reattivo del Rorschach quale strumento di lettura dello stile di vita: l'analisi di due protocolli in un'ottica adleriana</b> _____ | 97 |
|-----------------|---|----|

## ARTE E SOCIETÀ

|                  |                                     |     |
|------------------|-------------------------------------|-----|
| Simona Brambilla | <b>Sguardo sull'Alzheimer</b> _____ | 108 |
|------------------|-------------------------------------|-----|

## CONFRONTI

|               |  |     |
|---------------|--|-----|
| Cristina Toni | <b>Dalla malattia maniaco-depressiva allo spettro bipolare</b> _____ | 118 |
|---------------|--|-----|

## INCONTRI E INTERVISTE

|                   |   |     |
|-------------------|---|-----|
| Giuseppe Ferrigno | <b>Interview with Hironori Nakajima</b>   |     |
|                   | <b>Intervista a Hironori Nakajima</b> _____   | 132 |
| Hironori Nakajima | <b>Practicing the Basic Assumptions of Individual Psychology in a Group</b> ____    | 137 |
|                   | <b>Praticare gli assunti di base della Psicologia Individuale in un gruppo</b> ____ | 144 |

## IN LIBRERIA

## APPUNTAMENTI

|       |     |
|-------|-----|
| _____ | 150 |
| _____ | 154 |



# DIALOGHI ADLERIANI

## **DIRETTORE RESPONSABILE**

---

Giuseppe Ferrigno

## **COMITATO DIRETTIVO**

---

Alberto Anglesio, Pietro Algisi, Anna Ferbelli, Giuseppe Ferrigno, Claudio Ghidoni, Giulia Manzotti, Alberto Mascetti, Luca Milani, Biagio Sanfilippo.

## **COMITATO SCIENTIFICO INTERNAZIONALE**

---

Alessandro Antonietti (Milano, Italy), Eugenio Borgna (Borgomanero, Italy), Vittorio Cigoli (Brescia, Italy), Eva Dreikurs Ferguson (Edwardsville, USA), Giuseppe Ferrigno (Milano, Italy), Claudio Ghidoni (Santo Stefano Lodigiano, Italy), Yàir Hazán (Montevideo, Uruguay), Sadi Marhaba (Padova, Italy), Alberto Mascetti (Varese, Italy), Anne-Marie Mormin (Paris, France), Georges Mormin (Paris, France), Hironori Nakajima (Okayama, Japan), Biagio Sanfilippo (Milano, Italy), Michael Titze (Tuttlingen, Germany), Silvia Vegetti Finzi (Milano, Italy).

## **COMITATO DI REDAZIONE**

---

Simona Brambilla, Roberto Callina, Monica Giarei.

## **DIREZIONE E SEGRETERIA**

---

Giuseppe Ferrigno  
Via della Marna, 3 - I-20121 Milano  
E-mail: ferrigno.giuseppe@fastwebnet.it

## ALFRED ADLER, INSPIRED POET OF RELATIONSHIPS

GIUSEPPE FERRIGNO

As promised, this issue of the journal “Dialoghi adleriani” offers readers Adlerian contributions both from Italy and abroad. We also thought about encouraging the interaction and cooperation between all the Adlerians around the world through the presentation of some items translated into English and Italian.

The journal “Dialoghi adleriani” of the *Alfred Adler Institute of Milan* follows up on the “paradoxical” exhortation of our Master *to study other theories and other points of view, to carefully compare everything without blindly believing in any “authority”*. Aiming at encouraging the “intercultural comparison”, “Dialoghi Adleriani” was conceived in electronic format to be freely accessible via the internet to every scholar and researcher, whether they be Adlerian not.

Besides, Alfred Adler, who is an inspired poet of *social feeling and relationships* between human beings, constantly reminds us that “our real task is the practice of social feeling”.

This is why “Dialoghi adleriani” is honored to host a very innovative and interesting article written by German fellow Michael Titze, titled “Shame and gelotophobia: Notes and Comments on Important Human Feelings”, which we offer both in English and Italian language.

All the same, Alberto Mascetti regales us with an interesting and ground-breaking article titled “The Woman’s Body between Representation and Violence”, in which the author addresses the issue of violence against women: this is a topic particularly dear to Alfred Adler (to be found in the “Studies and Researches” section).

“Hope” in a prospective and creative sense is also dealt with masterful delicacy by Kazimierz Dudek in the article titled “Hope and Psychotherapy. Theoretical and Clinical Aspects”.

In addition, we are happy to host Cristina Toni, a non-Adlerian scholar, who wrote for us a very thorough and scientifically meaningful article entitled “From Maniac-depressive Illness to Bipolar Spectrum” in the “Comparisons” section”. Cristina Toni’s article consolidates our aim to activate an endless and dialectic encounter between Adlerian Milanese school and other models similar to us within the respect for tradition and openness to change.

Simona Brambilla then wrote a very up-to-date article titled “A Look into Alzheimer” in the “Art and Society” section, where arts magically blends with clinical; finally, Chiara Scaratti presents her research titled “Rorschach Test as an Instrument to Investigate Lifestyles: the Analysis of Two Protocols in the Adlerian Perspective” in the “Clinical Cases” section.

In the “Meetings and Interviews” section, we are once again confronted with an intercultural and cross-cultural approach, with the Adlerian Japanese “knowledge”, through an article and an extremely unusual and stimulanting interview formulated by “Dialoghi Adleriani” to Hironori Nakajima. The article and the interview, translated into both English and Italian, make us reflect upon the transcultural importance of what we offer the reader, and the extreme plasticity of the principles of Individual

Psychology that fit into Oriental and Western culture as well. Specifically, the article gives us the opportunity to delve into the creative use by Japanese fellows of the *Zen tarot*. We find, in fact, that some Japanese Adlerians use *Zen tarot cards* as a research method to address spiritual tasks and as a projective tool: in fact, asking the patient about the meaning of the cards allows the reconstruction of their own lifestyles.

Finally, I offer the readers a study in the “Studies and Researches” section entitled “Intergenerational Conflicts and Psychotherapy: Something More Than Interpretation”, in which I deal with the very delicate and new topic of “change” in psychotherapy: within the concept of “creative couple” an eulogy of “childishness” is proposed as a therapeutic tool within an Adlerian path. This path should always be conceived as a maieutic and dowsing accompaniment, a synthesis between “interpretation-dismantling of “reinforced fictions” and “emotional corrective experience”.

As you can see, the material published in this issue is very varied and tempting. I invite the readers to collaborate with articles and even constructive criticism in order to help improve the quality of our on-line journal “Dialoghi adleriani” more and more.

## ALFRED ADLER, ISPIRATO POETA DELLA RELAZIONE

“Dialoghi adleriani”, come avevamo promesso, offre ai Lettori in questo numero non solo contributi adleriani italiani, ma anche stranieri. Abbiamo pensato, inoltre, d’incoraggiare l’interazione e la cooperazione fra i vari adleriani sparsi per il mondo attraverso la presentazione di alcuni articoli nella duplice traduzione in inglese e in italiano.

Il periodico “Dialoghi adleriani” dell’*Istituto Alfred Adler di Milano*, seguendo l’invito “paradossale” del nostro Maestro a *studiare altre teorie e altri punti di vista, mettendo tutto a confronto con molta cura e non credendo ciecamente a nessuna “autorità”*, intende perseguire, quindi, l’obiettivo di favorire il “dialogo interculturale”: “Dialoghi adleriani” è stato concepito, infatti, in *formato elettronico*, proprio per essere liberamente e gratuitamente accessibile via *internet* ad ogni studioso e ricercatore, adleriano e non.

D’altra parte, Alfred Adler, ispirato cantore del *sentimento sociale e della relazione* fra esseri umani, ci esorta costantemente affinché “il nostro vero compito sia la pratica del sentimento sociale”.

“Dialoghi adleriani”, per questo motivo, è onorata di ospitare un articolo, molto innovativo e interessante del collega tedesco Michael Titze, dal titolo “Vergogna e gelotofobia: note e commenti su importanti sentimenti umani”, che vi offriamo sia in inglese sia in italiano.

Sempre nella sezione “Studi e ricerche” Alberto Mascetti ci propone, poi, un articolo molto attuale dal titolo “Il Corpo della donna tra rappresentazione e violenza”, in cui l’Autore affronta il tema della violenza sulle donne, che costituisce un argomento particolarmente caro ad Alfred Adler.

La “speranza” in senso prospetticamente creativo è trattata, inoltre, con magistrale delicatezza, da Kazimierz Dudek nell’articolo dal titolo “Speranza e psicoterapia. Aspetti teorici e clinici”.

Siamo lieti di ospitare, inoltre, Cristina Toni, che pur non essendo adleriana, ha scritto per noi nella sezione “Confronti” un articolo molto approfondito e scientificamente significativo dal titolo “Dalla malattia maniaco-depressiva allo spettro bipolare”, che consolida il tentativo di attivare un incontro infinito e dialettico tra la nostra Scuola adleriana milanese e altri modelli a noi affini, il tutto nel rispetto della tradizione e nell’apertura al cambiamento.

Simona Brambilla ha scritto successivamente, nella sezione “Arte e società”, un articolo attualissimo dal titolo “Sguardo sull’Alzheimer”, in cui l’arte si sposa magicamente con la clinica; infine, Chiara Scaratti ci presenta in “Casi clinici” una sua ricerca dal titolo “Il reattivo del Rorschach quale strumento di lettura dello stile di vita: l’analisi di due protocolli in un’ottica adleriana”.

Nella sezione “Incontri e interviste” ci confrontiamo, ancora, in un’ottica interculturale e transculturale, con il “sapere” adleriano giapponese, attraverso un articolo inconsueto e un’intervista estremamente stimolante formulata da “Dialoghi adleriani” a Hironori Nakajima: l’articolo e l’intervista, tradotti sia in inglese sia in italiano, ci fanno molto riflettere sull’importanza transculturale di quanto vi offriamo e sull’estrema plasticità dei principi della Psicologia Individuale che si adattano alla cultura orientale come alla cultura occidentale. Nello specifico, l’articolo ci offre spunti di

approfondimento sull'uso creativo da parte dei colleghi giapponesi dei *tarocchi zen*. Scopriamo, infatti, che alcuni adleriani giapponesi usano le carte dei *tarocchi Zen* come metodo di ricerca per affrontare i compiti spirituali e come strumento proiettivo: il richiedere al paziente stesso, infatti, il significato delle carte consente la ricostruzione del suo stile di vita.

Il sottoscritto, per concludere, nel presentare al Lettore uno studio dal titolo “Conflitti intergenerazionali e psicoterapia: qualcosa in più dell'interpretazione”, affronta il tema, particolarmente delicato e nuovo, del “cambiamento” in psicoterapia: all'interno del concetto di “coppia creativa” viene proposto un elogio della “Fanciullaggine”, della “Childishness”, come strumento terapeutico in un percorso adleriano che va concepito sempre sia come accompagnamento maieutico e raddomantico sia come sintesi fra “interpretazione-smantellamento delle finzioni rafforzate” ed “esperienza emotiva correttiva”.

Come potete constatare il materiale pubblicato in questo numero è molto vario ed allettante. Invito i Lettori a collaborare con articoli e anche con critiche costruttive, che aiutino a migliorare sempre di più la qualità della nostra rivista *on line* “Dialoghi adleriani”.

## SHAME AND GELOTOPHOBIA: NOTES AND COMMENTS ON IMPORTANT HUMAN FEELINGS

MICHAEL TITZE

### *Abstract*

Gelotophobia may be considered a specific variant of shame-bound fear that, in turn, becomes a part of secondary feelings. It is defined as the pathological fear of being an object of laughter. This fear can be traced back to experiences of intense and repeated exposure to put-down, mockery and ridicule in course of early socialization. As a consequence, gelotophobes constantly fear of being screened by others for evidences of ridiculousness. Thus, they carefully avoid situations in which they might be critically objectified by others. Gelotophobia at its extreme involves a pronounced paranoid tendency, a marked sensitivity to offense, and a resulting social withdrawal. In this article, the shame-bound origins and consequences of gelotophobia are described. The possibility of a psychometric measuring of gelotophobia has been presented here as well.

### *Keywords*

*INFERIORITY COMPLEX, SOCIAL COMPARISON, SOCIAL PHOBIA, QUESTIONNAIRE GELOPH*

### *Riassunto*

La gelotofobia può essere considerata come una variante specifica di vergogna, che è uno dei sentimenti secondari. La gelotofobia è definita come la paura patologica di essere oggetto di risate. Questa paura può provenire da esperienze di esposizione intensa e ripetuta alla derisione e al ridicolo da parte degli altri nel corso delle prime forme di socializzazione. Di conseguenza, i gelotofobici temono costantemente di essere sottoposti alla prova del ridicolo da parte dell'altro. Così, essi evitano accuratamente le situazioni in cui si sentono esposti alla derisione degli altri. La gelotofobia, al suo estremo, quindi, comporta una tendenza pronunciata paranoica, una spiccata sensibilità allo svergognamento e un conseguente ritiro sociale. In questo articolo vengono descritte le origini e le conseguenze della gelotofobia.

### *Parole chiave*

*COMPLESSO D'INFERIORITÀ, PARAGONI SOCIALI, FOBIA SOCIALE, QUESTIONNAIO GELOPH*

## **I. Primary emotions and secondary feelings**

Emotions constitute the organizing principle of mental processes: they are not conceivable in terms of separation because they extend across the whole psycho-physical functioning of human life. Emotions are intimately associated with bodily sensations. There is a difference, however, between primary emotions and their conscious perception: the latter may be denominated as (secondary) *feelings*.

Primary emotions are experienced as the first response to an agitating emotional situation. Such reactions are unconscious processes. Thus, when we experience ourselves as being threatened, we may experience fear. When we witness the death of a related person, we may bear feelings of sadness. Typical primary emotions include fear, anger, sadness, disgust and joy (Titze, 1983, 2011).

## **II. Secondary feelings**

Secondary feelings appear after primary emotions. Typical secondary feelings are shame, guilt and pride. The precondition for experiencing these feelings is that the person in question is conscious of himself or herself. This requires the capability to form a concept of one's own self. Therefore, secondary feelings may also be referred to as *self-conscious feelings*.<sup>1</sup> This, again, has the precondition that the person in question is able

<sup>1</sup> The child acquires the ability to form a concept of himself in the age between 18 and 36 months.

- to assess or evaluate his or her behavior (evaluation of the total self);
- to make a distinction between allowed and not allowed conduct, which only is possible, if this person has internalized norms, rules and objectives of his or her social environment;
- to understand the conditions and consequences of success and failure in life (self-criticism).

### **III. Shame and guilt as self-critical and protective tendencies**

The feelings of shame and guilt are *self-critical feelings*. They represent a crucial element of our *conscience*. In this context, the linkage between moral norms and suitable behaviors is monitored by that inner guard. The tendency to self-punishment is a constituent part of these corrective feelings. Thus, shame is associated with feelings of humiliation, inferiority, defeat, self-hate, and alienation. Therefore, a person who feels shame also experiences weakness and helplessness.

On the other hand, shame is an emotional signal that performs an important protective function at directing its receiver against societal rejection. That mode of action might come about when the self is overexposed. Therefore, shame guards the boundary of privacy and intimacy while guilt limits the possibility of a ruthless exercise of power.

Shame represents the incorporated gaze of reference persons, whereas guilt expresses their internalized voice. Both feelings are inseparably connected with the development of self-consciousness and self-reflection.

### **IV. Body shame**

Body shame helps to define and maintain physical dignity that is conformable to establish moral norms. These norms are particularly related to the universal forbiddance of nakedness.

Specifically, body shame involves:

- experiencing or anticipating a painful awareness of oneself as being an object of an appetent or transgressive observation by others;
- relating this awareness to physical nakedness;
- believing that others have or will react negatively to one's exposed naked body;
- a compelling wish to withdraw or hide that embarrassing body.

A person who does not observe that universal norm is liable to be denounced as displaying indecent and immodest conduct. This, again, is connected with guilty feelings.

### **V. Guilty feelings**

Guilty feelings and shame are both linked up with self-evaluation. Shame is related to the person, whereas guilt is associated with specific actions or failures. Shame means, "I *am* bad," guilty feelings say, "I *did* something bad".

Guilty feelings, on principle, point to a compensatory corrective action, because such feelings are oriented towards social rules and commandments that are internalized in the person's conscience.

Guilty feelings are communicated by means of rational argumentation. This will be not earlier

the case until the child is able to understand verbal messages. Therefore, guilty feelings are related to the spoken word—to that which has been imparted or learned by auditory means, i.e. by *hearing*.

## VI. Self-centered shame

Self-centered shame is a painful emotion that arises when the individual is not appreciated adequately or esteemed by his social partners. The ashamed individual, thus, is evaluating himself or herself as being less valued in comparison to his fellows. Thus, the ashamed person experiences an elementary self-devaluation that makes him or her lose the interpersonal connection to others.

Pierre Janet (1909), in this context, was the first to speak about the “Obsession et impulsion de la honte de soi”. He writes: «This is the patient’s own contempt and discontent with his own actions and mental capacities. He permanently suffers from his conviction that everything he is doing and everything that concerns his personality or is a part of him is fundamentally bad. This essential fact I have called *sentiment d’incomplétude*» (p. 241).

In French, “Honte de soi” means exactly that type of shame that is related to the *global self*. Thus, the *sentiment d’incomplétude* is an expression of self-related shame. Alfred Adler acknowledged Janet’s *sentiment d’incomplétude*, to be a precedent of his own teachings. Adler adapted this concept but called it “inferiority feelings” or in particular, “*inferiority complex*.” Adler assumed, in this context, that all human motivation can be reduced to a general striving for overcoming such inferiority feelings through gaining superiority of any kind (Titze, 1983).

Table 1: Comparison of shame and guilt (according to Blankenburg 1997, p. 54)

| SHAME  | GUILT   |
|--|---|
| <b>Image-related</b>   | <b>Value-related</b>  |
| <b>Appearing/being</b><br>▶ in front of others<br>(= <b>bad impression</b> ) | <b>Acting</b><br>▶ <b>in</b> regard to an ought<br>(= <b>moral duty</b> )<br>I              |
| related to <b>visual</b> sense<br>(face perception)<br>less rational         | related to <b>auditory</b> sense<br>(educational commandments)<br>rationally comprehensible |
|  | <b>ontogenetically</b>  |
| ▶ earlier  | ▶ later   |
|  | <b>Spontaneity</b>  |
| ▶ “as if paralyzed”<br>▶ not controllable<br>▶ related to present experience | ▶ only functionally inhibited<br>▶ more controllable<br>▶ related to past experience        |

## VII. Genesis of primary shame

---

Self-centered shame relates to early shame experiences that are referred to as *primary shame*. That feeling is rooted in childhood experiences of having been unloved and being rejected by others. This disastrous experience goes along with the fear of being completely abandoned and being condemned to irreversible loneliness and alienation (Titze, 1995; Wurmser, 1981).

That primary shame is experienced emotionally in early (partially pre-verbal) phases of socialization. This happens in the frame of immediate reaction while refusing, being skeptical as well as disinterested in reference persons. Such experiences go along with a profound feeling of failure, disapproval and annihilation in front of the reference person's critical, derogatory or hateful eyes. Therefore, a fundamental feeling of inadequacy or inferiority is supposed to emerge from the young child's heart and it is therefore, unable to evoke an empathic response from the psychological parent.

For the child, a permanent contact with eyes that are empty or filled with rejection will usually be accompanied by a petrified face on the side of the reference person that reminds of the blank countenance of a sphinx. This image will be internalized unconsciously by the child as an "internal object" that will generate henceforth a pathological shame. This image, correspondingly, will be projected (externalized) on current reference persons who, unconsciously, are "manipulated" to behave in a similarly shameful way.<sup>2</sup> Thus, the emergence of shame is, so to speak, "objectivized".

## VIII. The objectification of the shameful contemptuous gaze<sup>2</sup>

---

For Jean-Paul Sartre (1943), in encounters with the other, there is always a conflict: In looking at me, the other is treating me as an object. In this gaze I get objectivized. Recognizing, that the look of the other is directed towards myself, is alienating because I have no control over which character traits the other is going to ascribe to me.

Once grasped by the other's judging look, the living body changes fundamentally: Henceforth, the objectivized body bears the imprint of others; it becomes a naked body-for-others—i.e., a mere object. This relates specifically to the cold, scrutinizing, contemptuous, voyeuristic or disparaging gaze that paralyzes the living body, similar to the basilisk glance of Gorgon Medusa in Greek mythology.

Therefore, an objectivized person experiences himself or herself as being the center of a shameful inspection as everyone seems to be carefully looking for embarrassing defects and faults of others. In this context, Friedrich Nietzsche (1982) wrote: «When someone is overwhelmed by shame, he feels like having been dazed in the midst of surging waves. He feels like being dazzled by a big eye whose look goes right through him» (p. 1204).

Shameful experiences are not often specifically described but are referred to metaphorically or symbolically. Patients, for instance, might state: "I just wish the ground would open up and swallow me". Such statements are often accompanied by non-verbal messages, such as blushing, and a lowering of eyes and head.

---

<sup>2</sup> Brain research has attempted to explain this phenomenon through the concept of "mirror neurons".

## **IX. Facial expressions**

---

We only can come to view ourselves through the eyes of those who look at us. All affective impulses, including disgust and contempt, can manifest themselves in the reference person's face. That face communicates to the child: "You are bad", "you are not loveable", and "you are without any value". This global attribution is not related to specific actions. Rather, it is referring to the child's entire self.

Paul Ekman (1974) noted that primary emotions and secondary feelings are communicated mainly through specific facial expressions. In this context, the non-verbally communicated emotion can evoke corresponding emotions on the receiver's side.

Gleaming eyes and a face are lit up with joy while they communicate love, sympathy and delight. For the baby, this is an incentive to build up an "interpersonal bridge" (Titze, 1995, 2007). Exclusively in this condition, the child may perceive smiling and laughing as a positive message.

Shame, on the other hand, can be elicited when negative messages reach the child. This might be transmitted, for instance, by an "icy look" combined with a facial expression that signalizes dislike, disapproval, disdain or scorn.

## **X. The face as a means of education**

---

Parents use a variety of non-verbal techniques of education. In this context, the disgusted face serves to inhibit those actions that the parent does not want to be performed by the child. Thus, the disgusted face indicates a failure against some educationally relevant standard (norm, ideal). Parents usually are not aware of the fact that the consistent use of a disgusted face may be triggering shame (Titze, 2011).

The smiling or laughing face, on the other hand, signalizes sympathy and friendship. On the other hand, that same face may communicate scorn, contempt and disdain when it appears expressionlessly, so that no indication of sympathy is present. A child who has been repeatedly humiliated in this way, wants to hide from the sight of such a face, even if it might smile. This can be accomplished by lowering his eyes and bowing his head.

## **XI. Emotional freezing and "mechanical incrustation"**

---

Faced with such humiliating messages, the child, understandably, tries to protect him- or herself. In this context, Léon Wurmser (1981) describes a typical strategy for the prevention of shame: the excessive control of facial muscles. This control produces emotional tension and may result in emotional freezing that is a congealment of facial expression, thus producing the "mask of shame" (Wurmser). The gestures of the person in question then will harden to a wooden posture that reminds of a marionette (Titze, 1996, 1998, 2013). Eventually, that person will lose the elasticity of liveliness. He or she gets stuck, that is to say: psychologically frozen.

Henri Bergson (1900) explained this phenomenon through "mechanical encrustation" of living dynamics, i.e., of the flexibility and elasticity of the body's motions. This, on the other hand, is a main

condition for appearing “comical” or ridiculous because the living body will appear now as a “mere mechanism.” As a result, the fundamental contrast of man and machine will inevitably create a funny impression.

Bergson illustrated this phenomenon through the example of the unlucky person slipping on a banana peel, or the actor in a tragedy having violent hiccups, or a patient suffering from a nervous twitch: In all of these cases, voluntary control of the harmonious interplay of vital functions is lost. Instead, an involuntary fright comes about, accompanied with the freezing of physical motility: The living body takes on a peculiar “robotic appearance,” and the natural claim of being a part of human community is, in this moment, suspended.

## **XII. The Pinocchio-Complex**

---

Henri Bergson (1900) compared individuals who are the butt of ridicule or are subject to disparaging laughter with wooden puppets or marionettes. Such individuals constantly send nonverbal signals that indicate that they feel very uneasy. Therefore, muscular tension and stiffness, as a consequence of emotional panic, are frequently developed. The arms and legs of these individuals may not always move in a spontaneous way as they try deliberately to control their spontaneous body movements. This “wooden appearance” has been referred to as the “Pinocchio-Complex” (Titze, 1995, 1996, 1998, 2007, 2013). This is a central feature of *gelotophobia*.

## **XIII. Inferiority feelings and social comparison**

---

Experiencing one’s body as lacking vividness, being wooden and awkward, easily might elicit a self-evaluation that reinforces an already existing shameful self-contempt. This, again, may result in increasing feelings of inferiority (Ansbacher & Ansbacher, 1956; Titze, 1983).

Rudolf Dreikurs (1935), one of the successors of Alfred Adler, writes: «The inferiority feeling is a subjective feeling. The alleged inferiority may exist only in the imagination of the individual when he compares himself with others. The inferiority feeling is in a very deep sense quite independent of a man’s value, because when he compares himself with other people he gives them fictive value» (p. 48).

An important compensatory means for getting along with inferiority feelings is to arrange a situation for *downward comparison*. When a person suffers from an inferiority complex, he or she considers himself or herself being less valuable in comparison to other persons. Ernst Kretschmer (who had close contacts with Alfred Adler) writes: «**The inferiority feeling results from the individual’s speculation how others would judge him or how he is assessing himself in regard to common moral or performance-related standards. All acts of self-assessment are, at principle, dependent from relating oneself to fellow-humans. Therefore, comparison is the original source of the feeling of inferiority**» (Kretschmer 1922, p. 136).

The need to compare oneself with others is, phylogenetically, very old, and biologically very powerful. If someone compares him or herself in an unfavorable manner to more successful persons, then the probability is high that an inferiority complex might be developed. This has been elaborated

uniquely by Alfred Adler (Ansbacher & Ansbacher, 1956). In order to feel superior the respective individual has to look for someone else who is – in comparison with that individual – in an inferior position. Generally, this downward comparison will evoke amusement and mirth and may be accompanied by laughter. The Adlerian Oliver Brachfeld (1953) comes to the conclusion: «People assess one another each time when they meet. And a feeling of funniness arises after one is aware of being superior in comparison to the other».

Thomas Hobbes (1651) states in his book “*Leviathan*” that experiencing someone to be the weak object of ridicule gives rise to the “sudden glory” of unexpected superiority. This, on the other hand, stimulates triumphant laughter. Hobbes grounded his insights on Plato’s (1993) theory of comedy. In his *Philebos*, Plato argues that physical and mental deficiencies are the permanent source of ridicule. Those who detect such deficiencies in the other will inevitably go into laughter. This laughter is the clear expression of a *downward comparison*. The correspondent feeling of elation can be elicited by professional comedians who play the role of such deficient individuals.

Aristotle (2013, Section 1, Part V) specified this theory. He stated clearly that ridiculous behavior falls into the category of imperfection and inferiority. If shamed individuals are analyzed in the frame of this theory, one can state that these individuals behave as involuntary comedians. Because of their ubiquitous physical tension they gradually take on a wooden appearance and may develop, eventually, the *Pinocchio-Complex* (XII).

The academic *social comparison theory* has been formulated in 1954 by Leon Festinger. According to this theory, human beings possess a constant drive for self-evaluation: An *upward comparison* will occur when an individual compares himself or herself to someone who is better off. An amateur swimmer comparing his lap times to those of an Olympic swimmer is an example of an upward comparison (Wills, 1981).

A *downward comparison* will occur when an individual compares himself or herself to someone who is worse off. The spectator experiences himself, thereby, as being richer, more attractive and intelligent as he is in reality. This type of comparison generally makes the person in question feel better about himself or herself.

#### **XIV. Gelotophobia**

---

Gelotophobia is an intense and irrational fear of being laughed at or being the involuntary object of ridicule. This concept was described in 1995 for the first time and is considered as a specific *subtype of social phobia* (Titze, 1995, 2009). The key to understanding a manifest gelotophobia is laughter. On the one hand, the individuals in question never have learned to appreciate laughter as an indispensable precondition for a life filled with joy, happiness and exuberance. On the other hand, every form of laughter has a strictly negative meaning for gelotophobes in question. The reason for this bias is due to the fact that all types of laughter - even those that clearly express interpersonal warmth and friendliness - are misinterpreted by these individuals as expressions of clear hostility that could threaten their self-esteem. Thus, laughter has no positive meaning in their lives.

## **XV. Shame-bound anxiety**

---

Wurmser (1981, p. 73) maintains that shame, analytically seen, is a type of anxiety, namely shame-bound anxiety. This anxiety may reveal itself “in form of a slight signal or an overwhelming panic. Gelotophobia can be considered as a specific variant of such shame-bound anxiety. In biographical regard, it is related to experiences of intense and repeated forms of disparaging laughter that took place in the course of socialization. Thus, gelotophobes live in constant fear of being evaluated by others in a mocking manner. Paradoxically, exactly this suspiciousness will give rise to what they fear so much: to appear to others as ridiculous objects.

Therefore, the underlying shame-bound anxiety coerces the patients into a pronounced self-observation, which aims to control all behaviors that might give an embarrassing (awkward, weird, “comical”) impression. In general, gelotophobes are constantly afraid of being put down, mocked or ridiculed by others. As a consequence, they suffer from feelings of inferiority, insecurity, self-loathing and, above all, shame. In this context, every occasion in which an embarrassing exposure could come about, is closely examined.

Their underlying shame-bound anxiety coerces gelotophobes into avoiding social activities because it is their pathologically biased conviction that such situations invite ridicule and, thus, could disclose the concealed stigma of being a contemptible outsider. Consequently, the main purpose of individuals suffering from gelotophobia is to protect themselves from being laughed at by others.

Because of this excessive self-control, the “natural elasticity” (Bergson, 1900) of their living body is inhibited. This aspect results in an uptight, wooden posture that gives these individuals an embarrassing appearance: Exactly this appearance is another source of ridiculousness.

## **XVI. Social phobia and shame-anxiety**

---

The concept of “social phobia” was introduced into literature by Isaac M. Marks in 1969. Since then, extensive research has been carried out to determine both the emotional and physical symptoms as well the causes of this anxiety disorder. In 1980, the research results were incorporated into the “Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.” Meanwhile, the revised edition of this manual (DSM-IV: APA 1994) defines social phobia as «[...] a marked and persistent fear of one or more social or performance situations in which a person is exposed to unfamiliar people or to possible scrutiny by others. The individual fears that he or she will act in a way (or show anxiety symptoms) that will be humiliating or embarrassing ... The feared social and performance situations are avoided or else are endured with intense anxiety or distress. [This] interferes significantly with the person’s normal routine, occupational functioning, or social activities or relationships ...» (p. 349).

Veale (2003) notes that «social phobia overlaps with the concept of shame, although the two sets of literature have largely ignored one other» (p. 259). Social phobia and shame have certain common features (e.g., preoccupation with fear of negative evaluation or embarrassment, a tendency to avoid social situations, and physiological dysfunctions such as palpitations, trembling, nausea, and blushing). Yet no special efforts have been made to synthesize the common element of

these two disorders. Even prominent publications on social phobia (Heimberg et al., 1995; Schneier et al., 2004) do not refer to shame-specific literatures. This may be because shame-bound anxiety focuses on the self as the central object of evaluation, thereby constantly confirming the shameful conviction that this self is fundamentally damaged. Correspondingly, gelotophobia (as a specific variant of shame-bound anxiety) is derived from the person's biased belief that his or her self is intolerably ridiculous.

Social phobia, as defined by the *Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders* (American Psychiatric Association, DSM-IV: 300.23), does not meet this requirement. It is, instead, directed to the evaluation of specific embarrassing failures and inexcusable lapses, subsequently giving rise to severe self-reproach. In this context, the patient's respective soliloquy could be: "I failed miserably in a social or performance situation. Therefore, the humiliation I have to endure is the punishment for this failure." In regard to such function disorders, the self is evaluated only in a secondary step; it is not itself the primary focus of negative evaluation. This seems to suggest that the theory of social phobia focuses on specific inexcusable failures of the person concerned (cf. Lewis, 1992).

Ivanova et al., (2012) found that gelotophobia has some overlappings with social phobia. This finding has been specified by Carretero et al., (2010) who came to the conclusion that gelotophobia and two indicators of social phobia (SAD, FNE) share between 38% and 57% of the variance. Edwards, Martin and Dozois (2010) discovered that gelotophobia is related to but distinct from social phobia and that the derisive laughter of others is the specific factor that is of characteristic importance for identifying gelotophobia.

## **XVII. The parental style that induces gelotophobia and its impact**

The parental style of education in the families of gelotophobes is usually *overprotective* and *controlling* (Titze, 1995, 2007, 2011). This contributes to the emergence of primary shame in the child. In this connection, specific means of shaming may come into effect: for example, love withdrawal, excessive ignoring (combined with an "icy look" and a petrified face), and derisive mocking (sarcastic derision) about behaviors that are not conforming to parental expectations and rules (Titze & Kühn, 2010, 2014).

Children who are being mocked and ridiculed in this way generally develop a defensive and avoiding life-style: They are inclined to unconditionally submit to their parents' normative expectations. In doing so, they adapt to their family's idiosyncratic microcosm unconditionally (Titze, 1995, 1996, 1998, 2009). This blind devotion is a permanent source of feelings of guilt and shame.

Owing to this strong bond with the family, appropriate social activities are neglected or are not developed appropriately. Thus, the extra-familial socialization generally fails. The child or young person in question does not acquire that common sense that could facilitate a successful participation in peer groups' activities. Rather, in social situations, these individuals reveal specific symptoms of stress, such as clumsiness, awkward movements and other forms of inappropriate behavior. In this way, these youngsters get, especially during their puberty, into the role of funny and ridiculous objects.

## **XVIII. In-group behavior during puberty**

Laughter is the “positive modus” of shame. Shame and laughter both overcome us involuntarily and intermittently. It is as hard to control an attack of shame as it is impossible to stop a fit of laughter. But shame and laughter occupy two opposite poles (Karasev, 1996).

Shame is the polar opposite of an attitude that is characterized by self-confidence, joy and pride. This attitude manifests itself specifically in laughter. The convulsions of severe shame are implosive and are “covered up.” This, generally, is associated with depressing feelings that trigger a “downward spiral.” Laughter, in contrast, opens the gate for a temporary getting out from this downward spiral. The spasms of laughter burst out like powerful explosions, expressing the body’s superiority. This brings forth a vigorous feeling of relief and self-affirmation, whereby an “upward spiral” is set off.

Laughter is of crucial importance for the formation of juvenile peer groups. In this context, common laughter exerts a strong cohesive function. The laughing group, inevitably, forms an affective unity. While experiencing this bonding power, each member of such laughing communities gets bolstered.

Those who do not follow the peer group’s fixed rules of conduct, usually have to undergo through unpleasant experiences. This is always the case when the funny outsider does not observe the group’s implicit habits and norms. The simple reason is that he or she does not know or understand the respective “unwritten laws.” This, then, stimulates the group’s common laughter that is experienced by the outsider as being derisive.

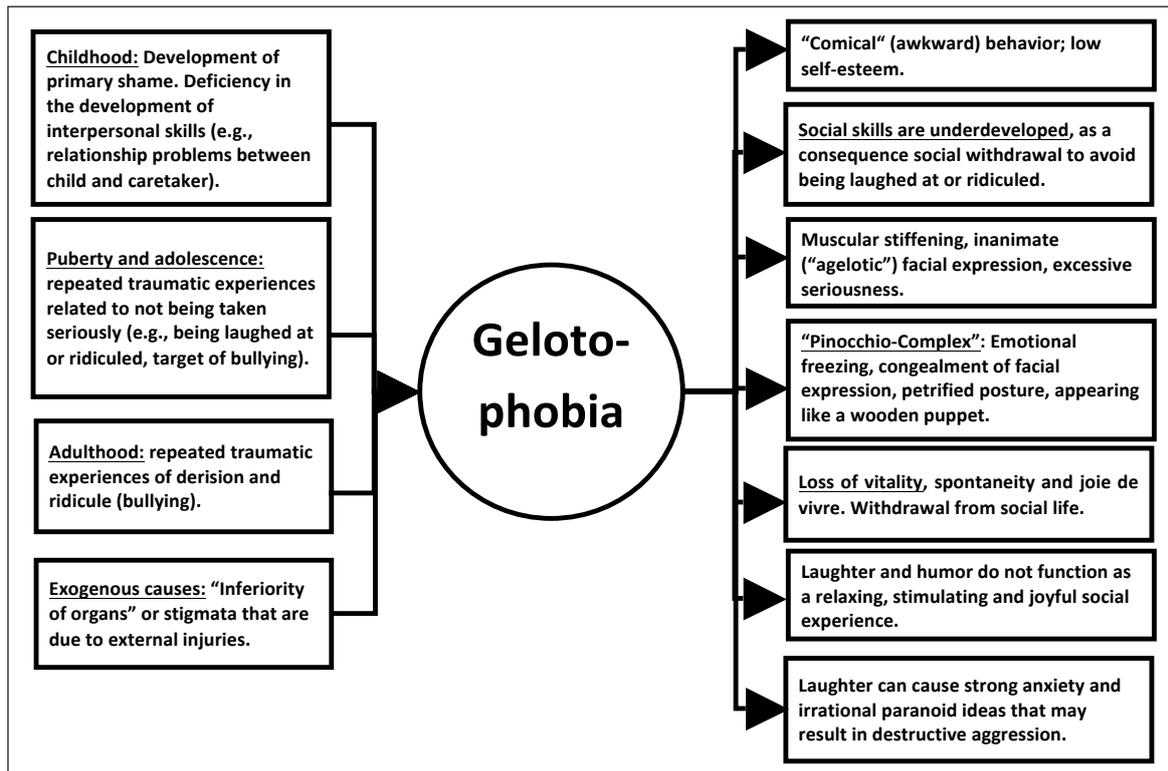
While laughing at the ridiculous outsider (who functions as a scapegoat), the group members experience themselves as a superior community. This creates a powerful community feeling that, in turn, is connected with joyful vigor.

In contrast, the ridiculed outsider feels weak, inferior and threatened. These traumatic experiences have been described by Henri Bergson (1900) as the “social baptism of fire”: This is the expression of a chastisement that is being carried out when the ridiculous outsider has failed to observe the “iron laws of community” (Adler, 1912). As a consequence, that outsider will experience a continuous traumatization that puts him into the position of a “permanent victim.” In this context, he or she will suffer from chronic emotional pain, thereby developing symptoms such as

- blushing;
- dizzy spells;
- trembling;
- disturbed speech;
- muscle twitches;
- “black outs.”

Such symptoms motivate a pronounced tendency towards social withdrawal and isolation. The purpose of such evasive actions is to protect the self against further traumatization.

Table 2: Causes and consequences of gelotophobia



### XIX. The GELOPH: A facet model derived from prototypical statements

Based on the clinical work with gelotophobic patients, specific criteria for the assessment of gelotophobia were defined. This was achieved by associating the constitutive nosological elements of gelotophobia with typical statements of gelotophobic patients (Titze, 2009):

- a) **Traumatizing experiences with laughter and mockery in the past:** "During puberty I avoided contact with peers so that I wouldn't be teased by them". – "When I was in school, I was teased quite often".
- b) **Fear of the humor of others:** "Others seem to find pleasure in putting me on the spot and embarrassing me". – "It takes me very long to recover from having been laughed at".
- c) **Discouragement and envy when comparing oneself with the humor competence of others:** "I feel inferior around quick-witted and humorous people". – "When I participate in discussions I often think that my statements are ridiculous".
- d) **Paranoid sensitivity towards alleged mockery by others:** "I get suspicious when people laugh in my presence". – "When strangers laugh in my presence, I often think that they could be laughing at me".
- e) **Dysfunction of the harmonious interplay of physical motions:** "When I smile in someone's company, I feel like my facial muscles are cramping". – "My posture and my movements are somehow peculiar or funny".
- f) **Dysfunction in appropriately expressing verbal and non-verbal communications:** "If I wasn't afraid of making a fool of myself, I would speak much more in public". – "It is very difficult for me to come up and meet others in a free and easy way".

**g) Social withdrawal:** “When I feel I’ve made an embarrassing impression somewhere, I never return to the same place again”. – “I avoid participating in funny activities at festivals because I feel myself becoming cramped inside”.

These criteria were shown to converge very well and to be largely unidimensional. Only traumatizing experiences with laughter and mockery in the past yielded slightly lower intercorrelations with the other facets (Ruch, 2004; Ruch & Proyer, 2008b).

Out of these facets of gelotophobia, a list of 46 statements was compiled and used to explore differences between various clinical groups and normal controls (Ruch & Titze, 1998). This compilation is the body of the questionnaire GELOPH <46>. It turned out that most of the items were suitable to discriminate well between gelotophobes (as assessed by clinical judgment) and shame-based and non-shame-based neurotics (Ruch and Proyer, 2008a). The re-analysis of that data pool pursued with the aim to identify a limited set of items is also optimally convenient to identify gelotophobia. This intention resulted in an abridgment of 15 items. This is the short form of a questionnaire that has been designated as GELOPH <15>. This scale is clearly unidimensional and has a high internal consistency (Proyer et al., 2009b).

## **XX. An international study**

---

Proyer and co-workers (2009) investigated about 23,000 people in 73 countries with regard to their susceptibility to gelotophobia. In this context, the GELOPH <15> has been translated into more than 40 languages and has been used worldwide. The main hypothesis to be tested was: laughter functions in some countries as a means of social control. The most important result was that gelotophobia could be found in every single country. Another important result of this study was that the specificity of gelotophobia in different countries is nowadays varying considerably. The prevalence of gelotophobia is particularly high in Asia, where the community’s well-being has high priority, while the individual’s interests are subordinated. Furthermore, the results show that the rate of overall prevalence of gelotophobia comprises a percentage between 2 and 30 % of the respective population. In this context, the probands have been differentiated by two basic dimensions, namely (a) insecure vs. avoidant-restrictive tendencies and (b) low vs. high suspicious tendencies towards the laughter of others. Insecure gelotophobes try to hide from others because they fear of being constantly ridiculed by them. (This is especially the case in Turkmenistan and Cambodia). Avoidant gelotophobes, on the other hand, are suspicious if others laugh in their presence because they fear to be evaluated scornfully. This is why they try to escape from social situations in which laughter could be an instant threat to their self-esteem. (This is particularly the case in Iraq, Egypt, Jordan and Thailand).

## **XXI. Gelotophobia in Italy**

---

Forabosco et al., (2009) reported data from an empirical study that has been conducted in Italy with a sample of 334 subjects. This survey utilized the Italian translation of GELOPH<15>. This version showed good psychometric properties in terms of a high internal consistency ( $=.82$ ) and a one-dimensional factor solution. The mean score for Geloph<15> for all subjects was 1.72 (SD=.42).

Gelotophobia was more prevalent among females than males. Age and marital status did not contribute to the fear of being laughed at. More than 7% exceeded a cut-off score indicating at least a slight expression of gelotophobic symptoms.

The authors state that the use of ridicule as an educational mean is not uncommon in Italy: This refers both to families as well to institutional entities like schools. With regard to social comparisons, it is typical to express through ridicule the antagonist.

With regarding to social comparison, ridiculing the adversary is, especially in adolescence, not untypical for Italian culture. In such a relational and cultural network that utilizes mocking and being mocked in both benign and aggressive meanings, it can be easily expected that particularly vulnerable individuals might develop a specific sensitization towards laughing that, eventually, could cause gelotophobia. However, as to the factual prevalence and impact of gelotophobia in present Italian society, sufficient data and conclusions are still lacking.

## **XXII. The psychometric assessment of gelotophobia: results**

With regard to the personality structure of gelotophobes, important evidence has been found on the basis of empirical studies. For example, Ruch (2004) reported that gelotophobes tend to be introverted and neurotic. In Jürgen Eysenck's PEN model of personality<sup>3</sup> gelotophobia is strongly correlated with the size of introversion and neuroticism. And on the old P-Scale, gelotophobic subjects scored higher score in the dimension of psychoticism (Proyer & Ruch, 2009). In addition, the results of this study show that gelotophobes have experienced intense shame in the course of their lives. Therefore, gelotophobes also feel threatened when facing laughing people (Ruch, Altfreder & Proyer, 2009).

Tracey Platt (2008) investigated the emotional responses to ridicule and teasing. She found that gelotophobes are not able to distinguish between good-natured teasing and a scornful laughter. They do not recognize laughter generated by positive motivation as such. They attribute more negative motivations to any kind of laughter.

Therefore, they use to respond to every laugh with negative feelings such as shame, fear or anger. In addition, the ability to feel pleasure and to develop forms of socially unifying humor is clearly limited (Ruch, Beermann & Proyer, 2009). Most gelotophobes recall embarrassing childhood situations in which they were ridiculed and mocked by their attachment figure (Proyer, Hempelmann & Ruch, 2009).

Anger, shame and fear are the emotions of the main gelotophobia. There is a distinct interplay with these three dominant emotions. These emotions reveal low levels of joy and high levels of fear and shame. Platt and Ruch (2009) have reported that during a typical week, gelotophobes experience shame and fear with a high intensity and long duration. On the other hand, their experience of happiness is less intense and of a shorter duration. In addition (Papousek et al., 2009) showed that gelotophobes are relatively weak at regulating their emotions in a facile way and that they can be easily influenced by their fellows' negative feelings. Additionally, they tend to meticulously control their

---

<sup>3</sup> The PEN System is a factor analytically based descriptive taxonomy of personality containing the three superfactors Psychoticism, Extraversion, and Neuroticism.

emotions and they are, simultaneously, unable to easily communicate their own feelings to others.

In addition, specific tests show that gelotophobes tend to have lower self-estimations of their own skills and they underestimate their true capability. Consequently, they underestimate their intellectual capacities up to 6 points of IQ. In addition they tend to assess themselves as less virtuous than people they know personally (Proyer & Ruch, 2009).

Ruch, Altfreder & Proyer (2009) found that gelotophobes have a negative attitude towards laughter in general. They experience positively motivated laughter as more unpleasant than non-gelotophobics and they have difficulties in attaining a happy mood. When faced with pictures showing people who laugh in various situations, gelotophobes find it difficult to distinguish faked laughing from a really sarcastic or malicious laugh. Generally, they tend to believe that the genuine object of all laughter must be their own person.

### **XXIII. Conclusion**

---

In its original meaning, laughter is an expression of a naive joy in life, which needs no rational justification or normative regulation. Laughter reveals human emotional vitality in its most original manner. The laughing individual is self-sufficient because he or she is immediately experiencing “basic thrust towards being alive” (Titze, 2005). From an ethological point of view, an offensive force is manifested in laughter. This vigor releases most vital effects, so that the laughing individual is dominated by his or her body, without being able to exercise control over that body. Thus, the laughing individual will inevitably appear as threatening to those persons who try to control their bodies in an excessive manner. These persons are, generally, susceptible to shame.

Shame attenuates the natural joy of life. This results in an emotional numbness that is expressed in a petrified “mask of shame” on the face. Shame arises when a person feels of being controlled and evaluated by the skeptical look of others. If this look is connected with derisive smiling/laughter, this can affect certain shame-bound individuals in a particularly harmful way. In this context, a specific shame-fear will rise that is centered on the ridiculousness of the person’s own self. These gelotophobes permanently look out for any indications of scornful laughter in their fellows’ faces in a highly sensitive manner. Altogether, gelotophobes assume that they are completely ridiculous in the eyes of their peers. Their underlying shame-bound anxiety coerces them into avoiding social activities because of their pathologically biased conviction that such situations invite derision. Consequently, their survival strategy is to protect themselves from being laughed at by others. This precise obsession then throws up the risk of being the permanent butt of mockery and derisive laughter.

## REFERENCES

- ADLER, A. (1912). *Über den nervösen Charakter*. Wiesbaden: J. F. Bergmann. (Trad. it. *Il Temperamento Nervoso*, Roma: Astrolabio, 2003).
- ADLER, A. (1927). *Menschenkenntnis*. Lipsia: Hirzel. (Trad. it. *La conoscenza dell'uomo nella Psicologia Individuale*. Roma: Newton Compton, 1994).
- ANDREOLI, V., CASSANO, G. B. & ROSSI, R. (Eds.). (2002). *DSM-IV. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*. Milano: Elsevier.
- ANSBACHER, H. L. & ANSBACHER, R. R. (1956). *The Individual Psychology of Alfred Adler*. New York: Basic Books. (Trad. it. *La Psicologia Individuale di Alfred Adler*. Firenze: Martinelli, 1997).
- ARISTOTELE (IV sec. a. C.). *Poetica*. Milano: Mondadori, 1999.
- BERGSON, H. (1900). *Le rire. Essai sur la signification du comique*. Paris: Éditions Alcan. (Trad. it. *Il riso. Saggio sul significato del comico*. Milano: Feltrinelli, 2011).
- BLANKENBURG, W. (1997). Zur Differenzierung zwischen Scham und Schuld. In R. KÜHN, M. RAUB, & M. TITZE. (Eds.). *Scham ein menschliches Gefühl* (pp. 45-55). Opladen: Westdeutscher Verlag.
- BRACHFELD, O. (1953). *Minderwertigkeitsgefühle beim Einzelnen und in der Gemeinschaft*. Berlin: Quercus Verlag, 2002.
- CARRETERO-DIOS, H., RUCH, W., AGUDELO, D., PLATT, T. & PROYER, R. T. (2010). Fear of being laughed at and social anxiety: A preliminary psychometric study. *Psychological Test and Assessment Modeling*, 52, (1), 108-124.
- DREIKURS, R. (1935). *An introduction to Individual Psychology*. London: Routledge, 1999.
- EDWARDS, K. R., MARTIN, R. A. & DOZOIS, D. J. A. (2010). The fear of being laughed at social anxiety and memories of being teased during childhood. *Psychological Test and Assessment Modeling*, 52, (1), 94-107.
- EKMAN, P. & FRIESEN, W. V. (1974). *Unmasking the Face: A guide to recognizing emotions from facial clues*. New Jersey: Prentice Hall.
- FESTINGER, L. (1954). A theory of social comparison processes. *Human Relations*, 7, 2, 17-140.
- FORABOSCO, G., DORE, M., RUCH, W. & PROYER, R. T. (2009). Psicopatologia della paura di essere deriso. Un'indagine sulla gelotofobia in Italia. *Giornale di Psicologia*, 3, 183-190.
- HAZÁN, Y. & TITZE, M. (2011). *Fundamentos de psicología profunda teleológica*. Montevideo: Editorial Psicolibros Universitario.
- HEIMBERG, R. G., LIEBOWITZ, M. R., HOPE, D. A. & SCHNEIDER, R. S. (Eds.). (1995). *Social Phobia: Diagnosis, assessment, and treatment*. New York: Guilford.
- HOBBS, T. (1651). *Leviathan*. Oxford: Oxford University Press, 1998. (Trad. it. *Leviatano*. Roma: Armando, 1997).
- IVANOVA, A., STEPHANENKO, E., STEFANENKO, E., PROYER, R. T. & RUCH, W. (2012). The fear of being laughed at in healthy people and psychiatry patients. Assessing gelotophobia in Russia. *Bridging Eastern and Western Psychiatry*, 8, 10-17.
- JANET, P. (1919). *Les obsessions et la psychasthénie: Tome I, Analyse des symptômes*. Paris: L'Harmattan, 2005.
- KARASEV, L. V. (1996). *Filosofiya smecha*. Mosca: Rossijski gosudarstvennyj gumanitarnyj universitet.
- KRETSCHMER, E. (1922). *Medizinische Psychologie*. Leipzig: Georg Thieme.
- MARKS, I. M. (1969). *Fears and phobias*. London: Heinemann, 1969.
- NIETZSCHE, F. (1882). Die fröhliche Wissenschaft. In *Werke*, Band III (pp. 9-274). München-Wien: Hanser Verlag, 1980.
- PAPOUSEK, I., W. RUCH, H. H. FREUDENTHALER, E. KOGLER, B. LANG & G. SCHULTER. (2009). Gelotophobia, emotion-related skills and responses to the affective states of others. *Personality and Individual Differences*, 47, 58-63.
- PLATONE (IV sec. a. C.). *Filebo*. Milano: Rusconi Libri, 1998.
- PLATT, T. (2008). Emotional responses to ridicule and teasing: Should gelotophobics react differently? *Humor: International Journal of Humor Research*, 21, 2, 105-128.
- PLATT, T. & RUCH, W. (2009). The emotions of gelotophobes: Shameful, fearful and joyless? *Humor: International Journal of Humor Research*, 22, 91-110.
- PROYER, R. T., BIRDEN, L., PLATT, T., ALTFREDER, O., GLAUSER, N. & RUCH, W. (2005). *Gelotophobia Are there cross-national differences?* Poster presented at the Ninth European Congress of Psychology, Granada, Spagna.

- PROYER, R. T., HEMPELMANN, C. H & RUCH, W. (2009). Where they really laughed at? That much? Gelotophobes and their history of perceived derisibility. *Humor: International Journal of Humor Research*, 22, 1/2, 213-233.
- PROYER, R. T. & RUCH, W. (2009). How virtuous are gelotophobes? Self and Peer reported character strengths among those who fear being laughed at. *Humor: International Journal of Humor Research*, 22, 145-163.
- PROYER, R. T., RUCH, W., ALI, N. S. AL-OLIMAT ET AL., (2009). Breaking ground in cross-cultural research on the fear of being laughed at (gelotophobia): multi-national study involving 73 countries. *Humor: International Journal of Humor Research*, 22, 1/2, 253-279.
- RUCH, W. (2004). *Gelotophobia: A useful new concept?* IPSR Colloquium Series, Department of Psychology, University of California at Berkeley, Berkeley, USA.
- RUCH, W., ALTFREDER, O. & PROYER, R. T. (2009). How do gelotophobes interpret laughter in ambiguous situations? An experimental validation of the concept. *Humor: International Journal of Humor Research*, 22 (1/2), 63-90.
- RUCH, W., BEERMANN, U., RON, T., & PROYER, R. T. (2009). Investigating the humor of gelotophobes: Does feeling ridiculous equal being humourless? *Humor. International Journal of Humor Research*, 22 (1/2), 111-144.
- RUCH, W. & PROYER, R. T. (2008a). The fear of being laughed at: Individual and group differences in Gelotophobia. *Humor. International Journal of Humor Research*, 21, 47-67.
- RUCH, W. & PROYER, R. T. (2008b). Who is gelotophobic? Assessment criteria for the fear of being laughed at. *Swiss Journal of Psychology*, 67, 19-27.
- RUCH, W. & PROYER, R. T. (2009). Who Fears Being Laughed at? The location of gelotophobes in the PEN-model of Personality. *Personality and Individual Differences*, 46, 5/6, 627-630.
- RUCH, W. & TITZE, M. (1998). *GELOPH 46*. Questionario inedito. Dipartimento di Psicologia, Università di Düsseldorf.
- SARTRE, J. P. (1943). *L'être et le néant*. Paris: Gallimard. (Trad. it. *L'essere e il nulla*. Milano: Il Saggiatore, 1965).
- SCHNEIER, F. R., LUTEREK, J. A., HEIMBERG, R. G. & LEONARDO, E. (2004). Social phobia. In DAN J. STEIN, (Ed.). *Clinical manual of anxiety disorders* (pp. 63-86). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- STENDHAL (1830). *Le Rouge et le Noir*. Paris: Levavasseur. (Trad. it. *Il rosso e il nero*. Roma: Newton Compton, 2010).
- TITZE, M. (1979). Das Komische als schamauslösende Bedingung. In R. KÜHN, M. RAUB, & M. TITZE. (Eds.). *Scham ein menschliches Gefühl* (pp. 169-178). Opladen: Westdeutscher Verlag.
- TITZE, M. (1983). *Fundamentos del Teleoanálisis Adleriano*. Barcelona: Editorial Herder.
- TITZE, M. (1995). *Die heilende Kraft des Lachens*. Monaco: Kösel, 2012.
- TITZE, M. (1996). The Pinocchio Complex: Overcoming the fear of laughter. *Humor & Health Journal*. 5, 1-11.
- TITZE, M. (1997). Das Komische als schamauslösende Bedingung. In R. KÜHN, M. RAUB, & M. TITZE. (Eds.). *Scham ein menschliches Gefühl* (pp. 169-178). Opladen: Westdeutscher Verlag.
- TITZE, M. (1998). La vergogna e il "complesso di Pinocchio". *Rivista di Psicologia Individuale*. 43, 15-29.
- TITZE, M. (2007). Treating gelotophobia with humordrama. *Humor & Health Journal* 16 ,3, 1-11.
- TITZE, M. (2009). Gelotophobia: The fear of being laughed at. *Humor: International Journal of Humor Research*, 22 (1-2), 27-48.
- TITZE, M. (2011). Die disziplinarische Funktion der Schadenfreude oder: Die Ambivalenz des Lachens. In P. WAHL, H. SASSE & U. LEHMKUHL. (Eds.). *Freude – Jenseits von Ach und Weh?*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 11-39.
- TITZE, M. (2013). Der Pinocchio-Komplex. Wenn das Lachen in die Erstarrung führt und wie Schamgefühle durch Humor überwunden werden können. *Jung-Journal. Forum für Analytische Psychologie und Lebenskultur*, 29, 17, 29-39.
- TITZE, M. & KÜHN, R. (2010). *Lachen zwischen Freude und Scham: Eine psychologisch-phänomenologische Analyse der Gelotophobie*. Würzburg: Königshausen & Neumann.
- TITZE, M. & KÜHN, R. (2014). When laughter causes shame: The path to gelotophobia. In LOCKHART, K. G. (Ed.). *Psychology of Shame: New Research*. New York: Nova Science Publishers, capitolo 8.
- WILLS, T. A. (1981). Downward comparison principles in social psychology. *Psychological Bulletin*, 90, 2, 245-271.
- WURMSER, L. (1981). *Mask of shame*. Baltimore: John Hopkins Univ. Press.

## VERGOGNA E GELOTOFOBIA: NOTE E COMMENTI SU IMPORTANTI SENTIMENTI UMANI

MICHAEL TITZE

### I. Emozioni e sentimenti

Le emozioni costituiscono il principio organizzativo dei processi mentali: esse non sono concepibili in un'ottica di separazione in quanto si estendono in tutta la globalità fisico-psichica dell'uomo. Le emozioni, infatti, sono intimamente associate a sensazioni corporee. C'è una differenza, tuttavia, tra *emozioni primarie* e loro *percezione cosciente*, in questo caso si può parlare di *sentimenti (secondari)*. La *percezione cosciente di un'emozione*, come un sentimento, è un *processo secondario*.

Le *emozioni primarie* sono quelle che sentiamo come la prima risposta ad una situazione emozionante. Quindi, se ci sentiamo minacciati, possiamo avvertire paura. Quando ascoltiamo qualcuno parlare di morte, possiamo provare tristezza. Tutte queste sono reazioni *inconsapevoli o istintive*. Emozioni primarie tipiche includono la paura, la rabbia, la tristezza, il disgusto e la gioia (Titze, 1983, 2011).

### II. Sentimenti secondari

I *sentimenti secondari* sono conseguenti alle *emozioni primarie*. *Sentimenti secondari* tipici sono la vergogna, il senso di colpa e l'orgoglio. Per provare questi sentimenti la persona in questione deve essere *consapevole di se stessa*: ciò presuppone la capacità di costruire un'*autoimmagine*. Pertanto, i *sentimenti secondari* possono anche essere denominati *sentimenti auto-coscienti*.<sup>1</sup>

I *sentimenti autocoscienti* implicano come preconditione il saper:

- valutare il comportamento proprio (valutazione del Sé totale);
- distinguere tra una condotta permessa e non permessa: ciò è solamente possibile, se la persona in questione abbia interiorizzato le norme, le regole e gli obiettivi del proprio ambiente sociale;
- comprendere le condizioni del successo e del fallimento nella vita (capacità di autocritica).

### III. La vergogna ed il sentimento di colpa come tendenze autocritiche e protettive

I sentimenti di vergogna e di colpa sono, in primo luogo, *sentimenti autocritici*. Essi rappresentano un elemento decisivo del nostro apparato morale, influenzando il legame tra norme morali e comportamenti adattati a queste norme. L'*auto-punizione* è parte costituente di questi sentimenti, la cui funzione si esprime chiaramente nella vergogna, che intreccia sentimenti di umiliazione, di sconfitta, di trasgressione, di inferiorità e di alienazione. Pertanto, una persona che prova vergogna si sente debole e impotente.

D'altra parte, in particolare la vergogna è un segnale emotivo con una funzione protettiva dal "rifiuto" sociale. Essa potrebbe attivarsi quando il Sé è sovraesposto. Perciò, la vergogna custodisce

<sup>1</sup> Il bambino acquisisce la capacità di formare un concetto di se stesso tra i 18 e i 36 mesi.

anche il confine del riserbo e l'intimità, mentre il senso di colpa limita l'espansione del potere.

La vergogna rappresenta *lo sguardo incorporato* delle persone di riferimento. La colpa, invece, raffigura la loro *voce incorporata*. Entrambi questi sentimenti sono inseparabilmente connessi con lo sviluppo della coscienza del Sé. Pertanto, abbiamo dentro di noi simultaneamente un *procuratore* ed una *difesa*.

#### **IV. La vergogna del corpo (pudore)**

---

La vergogna del corpo aiuta a segnare e a mantenere i confini della dignità fisica imposti dalle norme morali. Queste norme sono legate al tabù universale della nudità. La vergogna del corpo implica che:

- si sperimenti o si anticipi la consapevolezza dolorosa di essere oggetto di un'osservazione avida o offensiva da parte di altri;
- questa consapevolezza sia collegata alla nudità fisica;
- ci sia la convinzione che, da parte degli altri, ci possa essere una reazione negativa a ciò che sia stato esposto;
- stia sorgendo il desiderio conseguente di ritirare o di nascondere l'imbarazzante corpo nudo.

Una persona che non rispetti questa norma universale rischia di essere percepita come indecente e impudica. Ciò, d'altra parte, è collegato con il fenomeno della *colpa*.

#### **V. Il senso di colpa**

---

I sensi di colpa e di vergogna evolvono nel corso del processo di *auto-valutazione*. Però, in contrasto con la vergogna, il senso di colpa indica che il comportamento specifico o le azioni particolari di una persona devono essere considerati negativamente.

La colpa viene comunicata verbalmente, per mezzo di un'argomentazione razionale. Questo non sarà possibile fino a quando il bambino non sarà in grado di comprendere i messaggi verbalizzati. Quindi, i sensi di colpa sono legati alla *parola parlata*: al ciò che è stato imparato attraverso *l'udito*.

#### **VI. La vergogna di se stesso**

---

La vergogna di se stesso è un sentimento doloroso. Essa sorge quando l'individuo si sente valutato negativamente da altri esseri umani. Questa valutazione negativa è interiorizzata nel corso dell'ontogenesi. Di conseguenza avviene che la persona in questione tende, in linea di principio, a valutare se stesso in modo negativo. In tal modo, egli arriva alla conclusione di "valere" meno rispetto ai propri compagni. In fin dei conti, la persona che si vergogna cronicamente precipita fuori dalle proprie relazioni interpersonali e sperimenta un'auto-svalutazione elementare.

La vergogna di se stesso significa "Io (come una persona intera) sono cattivo", "Chi sono io come una persona?" (Nel caso di sensi di colpa questa domanda è solo di importanza secondaria). La vergogna può portare a pensieri come "Sono così stupido, sconsiderato, indifferente, inferiore. Io non sono buono. C'è qualcosa di sbagliato dentro di me! Ho una terribile personalità!".

Pierre Janet (1919) ha parlato della “Obsession et impulsion de la honte de soi”. Egli scrive: «Il paziente soffre per sempre a causa della convinzione che tutto ciò che lui sta facendo e tutto ciò che riguarda la sua personalità o una parte di sé sia cattivo. Questo fatto essenziale ho chiamato il *sentiment d'incomplétude*» (p. 241).

“Honte de soi” connota in francese una sorta di vergogna che è legata al Sé intero. Così, il *sentiment d'incomplétude* è un'espressione di auto-critica collegata col Sé.

Alfred Adler (1912) ha riconosciuto il *sentiment d'incomplétude* di Janet come predecessore delle sue nozioni di “sentimento d'inferiorità” che si evolve in “complesso d'inferiorità”. Adler dichiara in questo contesto che ogni motivazione umana può essere ridotta ad un impegno generale per superare sentimenti d'inferiorità (Titze, 1983).

Tabella 1: Confronto di vergogna e di colpa (Blankenburg, 1997, p. 54)

|   |   |
|---|---|
| <b>VERGOGNA</b>   | <b>COLPA</b>  |
| ▶ riferito a <i>immagini</i>  | ▶ riferito a <i>valori</i>  |
| <b>APPARENZA/ESSERE</b>   | <b>AZIONE/COMPORAMENTO</b>  |
| ▶ di fronte agli altri<br>legato al <i>senso della vista</i><br>(percezione del viso)<br>meno razionale | ▶ nei confronti di un dovere morale<br>legato al <i>senso dell'udito</i><br>(comandamenti educativi)<br>comprensibile in modo razionale |
| <b>ONTOGENETICAMENTE</b>  |   |
| ▶ presto  | ▶ in seguito  |
| <b>SPONTANEITÀ</b>  |   |
| ▶ “come essere paralizzato”   | ▶ solo funzionalmente inibito   |
| ▶ non controllabile   | ▶ più controllabile   |
| ▶ legato alle esperienze attuali  | ▶ legato alle esperienze passate  |

## VII. La genesi della vergogna primaria

La *vergogna primaria* si riferisce ad una schiacciante esperienza infantile che comprende la sensazione di non essere “amabile”. Questo va di pari passo con la paura di essere abbandonato e di essere condannato alla solitudine e all'alienazione (Titze, 1995; Wurmser, 1981).

La *vergogna primaria* è vissuta emotivamente nelle prime (parzialmente pre-verbali) fasi di socializzazione. Questo avviene nel quadro delle interazioni immediate con le persone di riferimento che si comportano in modo scostante, scettico e completamente disinteressato. Di conseguenza, un senso fondamentale d'inadeguatezza o “inferiorità” può essere sentito da un bambino piccolo che non riesce a evocare una risposta empatica da parte della madre.

Questa *vergogna primaria* va di pari passo con un'esperienza profonda d'insufficienza, disapprovazione e annientamento davanti agli sguardi critici, sprezzanti o astiosi. La vergogna è, naturalmente, collegata con la domanda: “Come appaio agli altri? Che tipo d'impressione loro avranno di me, mentre

mi guardano?”. La risposta corrispondente si trova, in modo autentico, nell’espressione facciale delle parti sociali. Quando il viso dell’altro è oscurato o sembra ghiacciato, la risposta positiva (che è assolutamente necessaria per lo sviluppo della fiducia nel bambino) è assente. In questo caso, si manifestano molto spesso conseguenze negative, come ad esempio l’impulso di allontanare la propria faccia.<sup>2</sup>

Per il bambino, un contatto permanente con occhi vuoti o pieni di rifiuto è, **di solito, accompagnato** da una faccia pietrificata e inespressiva, come il volto di una sfinge. Quest’immagine viene internalizzata inconsciamente dal bambino come “oggetto interno” e genera, nel corso della futura biografia, una vergogna patologica. Quest’immagine, corrispondentemente, viene proiettata, esternalizzata sulle persone di riferimento attuali che sono “provocate” inconsciamente affinché anche loro si comportino in modo vergognoso.<sup>3</sup>

### **VIII. L’oggettivazione vergognosa nello sguardo sprezzante**

Per Jean-Paul Sartre (1943), negli incontri con l’altro c’è sempre un conflitto: guardando me, l’altro mi sta trattando come un oggetto. Quindi, vengo oggettivato in questo sguardo. Riconoscendo che lo sguardo dell’altro è diretto verso me stesso, questo sguardo provoca un’alienazione, perché non ho alcun controllo su quali tratti caratteriali gli altri mi attribuiscono, mentre mi guardano.

Nel mentre qualcuno viene colto dallo sguardo giudicante dell’altro, il suo corpo vivente cambia radicalmente. Da quel momento in poi, esso porta l’impronta dell’altro: è diventato un corpo-per-gli-altri, vale a dire che esso appare come un semplice oggetto, una cosa, un corpo nudo. Ciò vale in particolare quando ci si sente oggettivati per mezzo di uno sguardo freddo, scrutante, sprezzante, denigratorio o voyeuristico. Questo sguardo getta la persona fuori dal proprio corpo. In questo modo, “questo” corpo è sequestrato da “questo” sguardo. Perciò, lo sguardo degli altri paralizza e pietrifica il corpo vivente.

Una persona oggettivata si sperimenta “come se” fosse al centro di un’osservazione comune: tutti sembra che giudichino il suo comportamento e che cerchino molto attentamente difetti imbarazzanti. Friedrich Nietzsche (1882) scrive: «Quando qualcuno è sopraffatto dalla vergogna, si sente come se fosse stato stordito in mezzo alle onde impetuose. Si sente inoltre come se fosse abbagliato da un grande occhio il cui sguardo va direttamente su di lui» (p. 1204).

Le persone in questione descrivono le loro esperienze di vergogna spesso in un senso metaforico o simbolico, cioè dicono: “Vorrei solo che la terra si aprisse e mi inghiottisse”. Tali esperienze sono descritte anche in modo non-verbale come nel caso in cui si arrossisce. Spesso c’è anche un abbassamento della testa e un tentativo di distogliere lo sguardo.

### **IX. Espressioni facciali**

Si può giungere ad una comprensione di sé, quando si guarda a se stessi attraverso gli occhi di coloro che ci guardano. Per il bambino, il primo segno di disprezzo si manifesta nel volto scostante

<sup>2</sup> I pazienti affetti da problemi di vergogna spesso riportano “gli occhi della vergogna”, affermando che il mondo sia pieno di occhi giudicanti e rifiutanti.

<sup>3</sup> La ricerca sul cervello ha tentato di spiegare questo processo attraverso il concetto dei “neuroni a specchio”.

dei genitori. Questa faccia comunica al bambino: “Tu sei cattivo”, “Non sei amabile”, “Tu sei senza valore”. Questa comunicazione è un’attribuzione globale. Non è collegata ad azioni specifiche. Piuttosto, è collegata al Sé proprio del bambino.

Paul Ekman (1974) ha osservato che le emozioni primarie e i sentimenti secondari sono comunicati non-verbalmente attraverso specifiche espressioni facciali. In questo contesto, l’emozione comunicata evoca un’emozione corrispondente nel ricevente.

Le pupille “ardenti” ed un viso “illuminato” di gioia comunicano amore, simpatia e gioia. Per il bambino questo è un incentivo importante a costruire il “ponte interpersonale” (Titze, 1995, 2007): in questa condizione, il bambino può percepire il sorridere e il ridere come messaggi positivi. La vergogna, d’altra parte, viene suscitata quando messaggi negativi lo raggiungono. Questi messaggi sono legati, per esempio, ad uno “sguardo gelido”, combinato con un’espressione facciale che segnala antipatia, riprovazione, disprezzo o scherno.

## **X. Il volto come mezzo di educazione**

I genitori utilizzano una varietà di tecniche non-verbali di socializzazione. La faccia disgustata serve a inibire le azioni che il genitore non desidera che siano eseguite dal bambino, per il quale la faccia disgustata segna un fallimento nei confronti di alcuni *standard* (norma, ideale) che sono educativamente rilevanti. I genitori di solito non sono consapevoli del fatto che l’uso dell’espressione di faccia disgustata sia un dispositivo di vergogna (Titze, 2011).

Il volto sorridente o ridente segnala, d’altra parte, simpatia ed amicizia. La stessa faccia comunica scherno, disprezzo e sdegno, se è trasfigurata in un’espressione senza segni di simpatia. Un bambino, che ripetutamente sia stato umiliato, desidera nascondersi e sottrarsi alla vista della faccia che ride. Questo può essere realizzato abbassando lo sguardo e piegando la testa.

## **XI. Il congelamento e “l’incrostazione meccanica”**

Di fronte a questa esperienza umiliante, il bambino, comprensibilmente, cerca di proteggersi. Léon Wurmser (1981) descrive una strategia tipica della prevenzione della vergogna: il controllo eccessivo dei muscoli facciali. Questo controllo produce tensione e provoca un congelamento emotivo, che include l’espressione del viso, da cui deriva una “pietrificazione” mimica, che rende la persona in questione all’apparenza simile a un burattino di legno (Titze, 1998). In questo contesto, l’elasticità e la vivacità sono perse. Soprattutto i muscoli facciali diventano duri e intirizziti, producendo una particolare sorta di maschera, la maschera della vergogna.

Henri Bergson (1900) ha spiegato questo fenomeno ricorrendo al concetto di “incrostazione meccanica” delle dinamiche di vita: la flessibilità e l’elasticità delle posture del corpo, i suoi gesti e i suoi movimenti. Questa *incrostazione*, d’altra parte, è la condizione principale che fa apparire buffo o ridicolo. In questo caso, il *corpo vivente* si presenta come un “meccanismo semplice”: la differenza fondamentale tra uomo e macchina creerà inevitabilmente un’impressione “divertente”.

Bergson ha illustrato questo fenomeno attraverso l’esempio della persona sfortunata che scivola su una buccia di banana. Un altro esempio potrebbe essere l’attore in una tragedia che singhiozza

violentemente o un paziente affetto da un tic nervoso. In tutti questi casi, il controllo volontario del gioco armonioso delle funzioni vitali è perduto; si manifesta, invece, uno “spavento” involontario, accompagnato dal congelamento della motilità fisica: il corpo vivente assume una singolare “apparenza robotica” e la pretesa naturale di essere una parte della comunità umana è, in questo momento, sospesa.

Ivanova et al., (2012) hanno scoperto che la gelotofobia ha alcune sovrapposizioni con la fobia sociale. Questo risultato è stato specificato da Carretero et al., (2010), che hanno concluso che la gelotofobia e due indicatori di fobia sociale (SAD, FNE) condividono tra il 38% e il 57% della varianza. Edwards, Martin e Dozois (2010) hanno scoperto che la gelotofobia è legata, senza essere identica, alla fobia sociale e che le risate di scherno degli altri sono il fattore specifico che caratterizza in modo caratteristico la gelotofobia.

## **XII. Il “Complesso di Pinocchio”**

Henri Bergson (1900) ha paragonato gli individui che sono bersaglio di scherno o di risate denigratorie a burattini di legno o marionette. Tali individui inviano costantemente segnali non-verbali che indicano che si sentono molto a disagio. Pertanto, la tensione muscolare e la rigidità, come conseguenza di un *panico emotivo*, si verificano frequentemente. Le braccia e le gambe di questi individui non possono muoversi in modo spontaneo, mentre cercano disperatamente di controllare volontariamente i loro spontanei movimenti corporei. Questa “apparenza legnosa” è stata denominata il “Complesso di Pinocchio” (Titze, 1995, 1996, 1998, 2007, 2013). Questo è un elemento centrale della *gelotofobia*.

## **XIII. Sentimenti d’inferiorità e confronto sociale**

Sperimentare il proprio corpo come privo di vivacità, “come se” fosse fatto di legno e, quindi, goffo, provoca un’auto-valutazione, che rafforza il disprezzo vergognoso di se stesso. Questo, ancora una volta, incrementa sentimenti crescenti d’inferiorità (Ansbacher & Ansbacher, 1956; Titze, 1983).

Rudolf Dreikurs (1935), l’importante successore di Alfred Adler, scrive: «**Il sentimento d’inferiorità** è una sensazione soggettiva. L’inferiorità può esistere solo nella fantasia dell’individuo, quando questo si confronta con gli altri. Il sentimento di inferiorità è, in un certo senso molto profondo, indipendente dal valore vero di un uomo, perché quando qualcuno si paragona con altre persone, questo confronto dà loro un valore fittizio» (p. 48)

Un mezzo compensatorio importante per andare d’accordo con i sentimenti di inferiorità è quello di organizzare una situazione di paragone verso il basso (*downward comparison*). Quando una persona sente “inferiorità” significa semplicemente che si considera inferiore se si paragona agli “altri”.

Ernst Kretschmer aveva stretti contatti con Alfred Adler. Kretschmer (1922) scrive: «**Il sentimento d’inferiorità** deriva dal pensiero soggettivo dell’individuo relativo a come gli altri lo potrebbero giudicare o come lo potrebbero valutare in termini di adempimento dei doveri e delle norme morali. Tutti gli atti di auto-valutazione sono, in linea di principio, dipendenti dal rapporto di se stesso con gli altri esseri umani. Pertanto, il paragone sociale è la fonte originaria del sentimento di inferiorità» (p. 136).

La necessità di paragonarsi agli altri è, filogeneticamente, molto antica, e biologicamente molto potente. Se qualcuno si paragona sfavorevolmente ad altre persone che hanno avuto successo, allora potrebbe sviluppare un *complesso di inferiorità*.

Ciò è stato elaborato principalmente da Alfred Adler (Ansbacher & Ansbacher, 1956). Per sentirsi superiore l'individuo deve cercare qualcun altro che sia al confronto in posizione inferiore. Generalmente, questo paragone verso il basso evocherà divertimento e allegria e può essere accompagnato da una risata. L'adleriano Oliver Brachfeld (2002) scrive: «Le persone si valutano reciprocamente l'un l'altro ogni volta che si incontrano. Un *sentimento di piacere* può insorgere dopo che abbiamo appurato di essere “superiori” rispetto agli altri».

Thomas Hobbes (1651) nel “Leviatano” afferma che, quando osserva qualcuno che si presenta come un oggetto debole suscettibile di scherno, si genera un’“improvvisa gloria” accompagnata da una *risata trionfante*. In questo momento l'individuo in questione sperimenta una superiorità inaspettata che, d'altra parte, stimola una risata sfrenata. Hobbes ha derivato questa considerazione dall'antica teoria sulla commedia. Nel suo “Filebo” Platone afferma che le carenze fisiche e mentali di un individuo sono la *fonte del ridicolo*. Coloro che rilevano queste carenze si muovono automaticamente verso la risata. Questo riso è l'espressione di un *paragone verso il basso*. Lo spettatore si sperimenta, in tal modo, come più ricco, più attraente e più intelligente rispetto ai dati di realtà. Questo sentimento di euforia è reso possibile dai comici professionisti che interpretano il ruolo di tali individui carenti.

Aristotele (IV sec. a. C.) ha specificato questa teoria affermando chiaramente che il comportamento ridicolo rientra nella categoria dell'imperfezione e dell'inferiorità. Se gli individui “svergognati” dallo sguardo degli altri vengono analizzati nel quadro di questa teoria, essi sono (involontariamente) *comici*. La ragione è questa: a causa della loro tensione fisica, questi individui entrano all'interno di un'apparenza legnosa sviluppando il *Complesso di Pinocchio* (cfr. XII).

La teoria accademica del confronto sociale era stata formulata nel 1954 da Leon Festinger. Secondo questa teoria, gli esseri umani possiedono un impulso intrinseco all'auto-valutazione. In tal modo, il paragone con altri individui influenza sempre il nostro Sé. Un paragone verso l'alto (*upward comparison*) avviene quando un individuo paragona se stesso/se stessa a qualcuno che sembra essere migliore: Un nuotatore dilettante che confronta i propri tempi a quelli di un nuotatore olimpico è un esempio di paragone verso l'alto (Wills, 1981). Un paragone verso il basso (*downward comparison*) avviene quando un individuo paragona se stesso/se stessa a qualcuno che sta peggio. Questo tipo di confronto tende generalmente a farci sentire meglio.

#### **XIV. La gelotofobia**

---

La gelotofobia è la paura intensa e irrazionale di essere derisi o di essere oggetto di scherno. Questo concetto è stato descritto nel 1995 per la prima volta (Titze) ed è considerato come un sottotipo specifico di fobia sociale (Titze, 2009). La chiave per la comprensione di una *gelotofobia* manifesta è la “risata”. Da un lato, le persone in questione non hanno mai imparato ad apprezzare la risata come una condizione indispensabile per una vita caratterizzata dalla gioia, dall'allegria e dall'esuberanza. Da un altro lato, per loro la risata ha un significato strettamente negativo. La ragione di questo è dovuta al fatto che tutti i tipi di risate – anche quelle che esprimono chiaramente la cordialità e la

simpatia interpersonale – sono giudicati da loro in modo negativo: come espressioni di un’ostilità che potrebbe minacciare totalmente l’*auto-valore*. Quindi la risata non ha alcun significato positivo nella vita di queste persone.

## **XV. La paura vergognosa**

---

Léon Wurmser (1981) scrive che la vergogna, considerata analiticamente, è una sorta di paura, una paura vergognosa. Questa paura può manifestarsi «sotto la forma di un segnale luminoso o di un panico travolgente» (p. 73). La gelotofobia può essere considerata come una variante specifica di questa paura che è legata ad esperienze intense e ripetute di forme degradanti di risate, che hanno avuto luogo nel corso della socializzazione. Quindi, i “gelotofobici” vivono nel timore costante di essere valutati dagli altri in una maniera beffarda. Essi in questo modo, paradossalmente, suscitano esattamente quello che temono così tanto: *apparire agli altri come oggetti ridicoli!*

Pertanto, la “paura vergognosa” risulta essere un’auto-osservazione pronunciata, che ha l’obiettivo di tenere sotto controllo quei comportamenti che potrebbero sembrare inadatti (“strani”). Le suddette persone temono costantemente di essere diffamate, derise o ridicolizzate dagli altri, per cui soffrono di sentimenti d’inferiorità, insicurezza, disgusto di sé e di vergogna. In questo contesto, tutte le occasioni in cui c’è un’esposizione agli altri sono controllati molto attentamente. I gelotofobici tendono, quindi, ad evitare tutte le attività sociali, perché sono convinti di essere oggetto di ridicolaggine e di svalutazione beffarda. Pertanto, i gelotofobici fondamentalmente si proteggono dal pericolo di essere derisi dagli altri. A causa di questo autocontrollo eccessivo la “sofficità naturale” (Bergson, 1900) del corpo vivente è limitata. Il risultato è un’apparenza imbarazzante per cui i movimenti si presentano “legnosi”. E proprio quest’apparenza sembra ancora più ridicola.

## **XVI. Fobia sociale e paura vergognosa**

---

Il concetto di “fobia sociale” è stato introdotto da Isaac M. Marks nel 1969. Da allora, una vasta ricerca è stata condotta per determinare i sintomi emotivi e fisici e le cause di questo disturbo d’ansia. Nel 1980, i risultati della ricerca sono stati inclusi nel *Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali* (DSM). Nel frattempo, la nuova edizione di questo manuale (Andreoli et al., 2002) definisce la fobia sociale come una «paura marcata e persistente di una o più situazioni sociali o prestazionali nelle quali la persona è esposta a persone non familiari o al possibile giudizio degli altri. L’individuo teme di agire (o di mostrare sintomi di ansia) in modo umiliante o imbarazzante. L’esposizione alla situazione temuta quasi invariabilmente provoca l’ansia, che può assumere le caratteristiche di un Attacco di Panico causato dalla situazione o sensibile alla situazione. La persona riconosce che la paura è eccessiva o irragionevole. Le situazioni sociali o prestazionali temute sono evitate o sopportate con intensa ansia o disagio [...]» (p. 349).

La fobia sociale e la paura vergognosa possiedono alcune caratteristiche comuni (ad esempio, la paura di valutazione negativa da parte di altri, una perplessità in situazioni sociali, un comportamento di evitamento sociale e disturbi fisiologici come palpitazioni, tremori, nausea e vampate di calore). Tuttavia, non sono stati fatti finora sforzi particolari per sintetizzare l’elemento comune di questi

due disturbi. Anche le pubblicazioni più significative sulla fobia sociale (cf. Heimberg et al., 1995; Schneier et al., 2004) non evidenziano la letteratura specifica che si occupa della vergogna. La causa potrebbe essere dovuta al fatto che la paura vergognosa è focalizzata su se stessa (come oggetto centrale della valutazione). In questo contesto, la convinzione vergognosa conferma costantemente che il Sé è fondamentalmente corrotto.

Di conseguenza, una gelotofobia (come variante speciale della paura vergognosa) è determinata dalla convinzione che *il sé è ridicolo* in modo intollerabile.

Una fobia sociale, come ricorda il *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali* (DSM-IV 300.23), non corrisponde a questi criteri in modo soddisfacente. Qui invece si focalizza l'attenzione sulla valutazione degli errori imbarazzanti della condotta che sono associati a gravi rimorsi. In questo contesto, il soliloquio corrispondente potrebbe essere: "Io ho fatto un errore imperdonabile davanti ad altre persone. Pertanto, l'umiliazione che devo sopportare adesso è l'inevitabile punizione per questo fallimento". In relazione a tale disfunzione, il Sé è valutato *a posteriori*. All'inizio non è il *focus* di una valutazione negativa.

## **XVII. Lo stile genitoriale che induce gelotofobia ed il suo impatto**

Lo stile genitoriale nelle famiglie dei gelotofobici solitamente è *iperprotettivo* e *controllante*. Ciò contribuisce alla nascita di vergogna da parte del bambino. Strumenti specifici di svergognamento entrano in vigore: per esempio il ritiro d'amore, un'indifferenza eccessiva (lo "sguardo gelido", il "volto pietrificato") ed una derisione sarcastica riguardo ad un comportamento che non è conforme alle attese e alle regole dei genitori. In particolare, il sarcasmo beffardo è un mezzo potente per controllare e/o punire il comportamento del bambino (Titze, 2011; Titze & Kühn, 2014).

I bambini che vengono derisi e scherniti in questo modo, in generale sviluppano un comportamento difensivo ed evitante: essi sono disposti in modo particolare a sottomettersi alle attese normative dei genitori. In tal modo, si adattano incondizionatamente allo strano microcosmo della famiglia. Questo è fonte di sentimenti permanenti di colpa e di vergogna (Titze, 1998).

A causa del legame forte con la famiglia, adeguate attività sociali sono trascurate. Così, la socializzazione extrafamiliare non riesce sufficientemente. Il bambino, o il giovane in questione, non acquisisce le conoscenze specifiche che permettono una partecipazione proficua alla vita del gruppo sociale. Di conseguenza, egli non è in grado di integrarsi senza problemi in un "gruppo di pari". Piuttosto, in situazioni sociali, egli mostra sintomi di *stress*, come goffaggine, movimenti imbarazzati e altre forme di comportamento inappropriato. In questo modo, i giovani entrano, in particolare durante la pubertà, nel ruolo di oggetti buffi e ridicoli.

## **XVIII. Comportamento *in-group* durante la pubertà**

La risata è il "modus positivo" della vergogna. È difficile da controllare un attacco di vergogna perché è impossibile fermare un attacco di risate. Ma la vergogna e la risata occupano due poli opposti. La vergogna riflette uno stato emotivo d'inferiorità, mentre la risata è un potente segnale che indica sentimenti di superiorità. I crampi di grave vergogna sono implosivi e "coperti". D'altra parte,

gli spasmi di risate scoppiano all'esterno come esplosioni: la persona sperimenta, in questo contesto, una supremazia, che si esprime fisicamente e che si miscela vigorosamente con l'affermazione di se stesso (Karasev, 1996).

La risata è di importanza decisiva per la formazione di gruppi giovanili di pari. In questo contesto, la risata ha una *funzione coesiva*. Ad esempio, il riso contraccambiato produce un forte potere adesivo. Il ridere "insieme" produce un'unità affettiva. Se sperimenta questo potere di legame, ogni membro del gruppo viene rafforzato.

Chi non segue le norme di comportamento "fissate" nel gruppo, solitamente deve sopportare sanzioni sgradevoli. Ciò è particolarmente vero per quei giovani che non hanno imparato appropriatamente un "codice sociale" nel corso della propria socializzazione. Di conseguenza, essi possono entrare nel ruolo del *solitario ridicolo*, che non conosce le "leggi non scritte" del gruppo. Questa "ignoranza" stimola, di solito, la risata comune del gruppo.

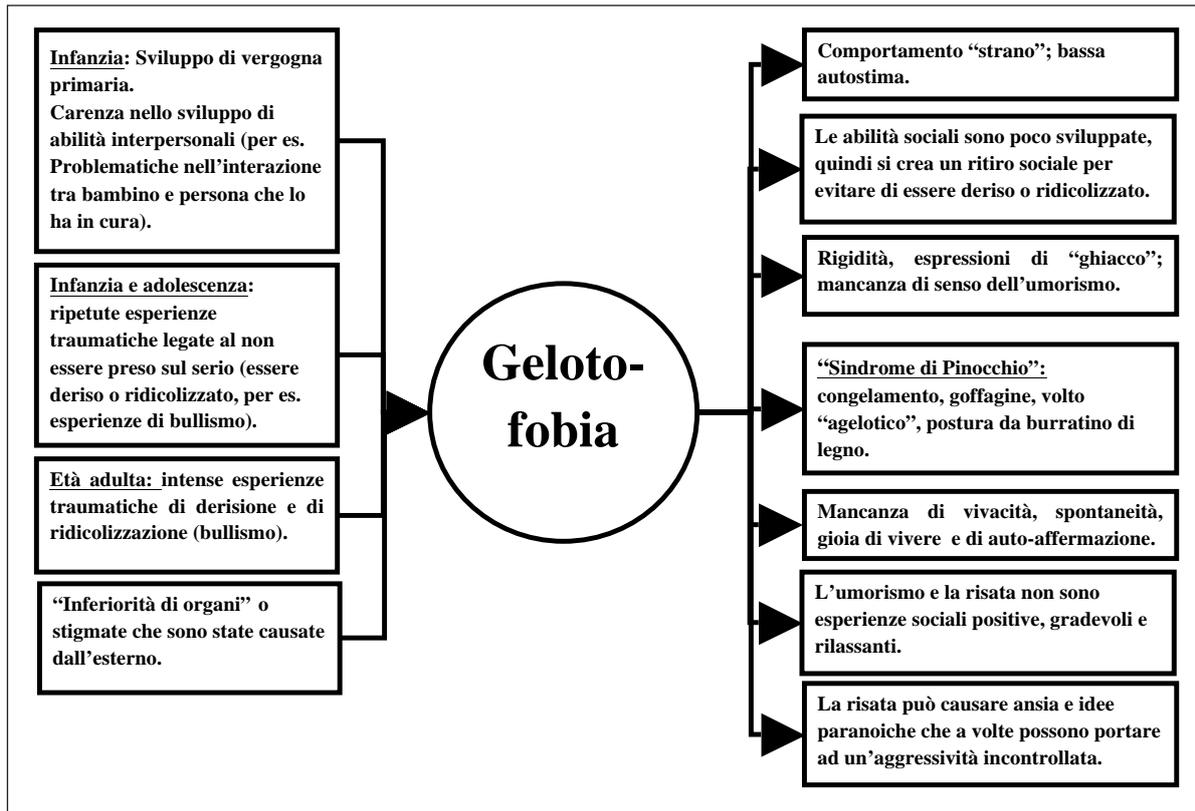
La risata derisoria all'*outsider* ridicolizzato, che funge da capro espiatorio, porta avanti un sentimento comune di superiorità che crea una grande coesione nel gruppo. Questo genera un *senso di comunità* che è collegato con una vitalità gioiosa.

Al contrario l'*outsider* ridicolizzato si sente debole, inferiore e minacciato. Gli accade ciò che Henri Bergson (1900) ha definito il "battesimo sociale di fuoco": l'equivalente di una punizione impietosa effettuata per non aver osservato le *leggi ferree della comunità* (Adler, 1912). Di conseguenza, l'estraneo deriso sperimenta una traumatizzazione continua, che lo pone in posizione di "vittima permanente". Come risultato, soffre di dolori emotivi e mostra sintomi quali:

- arrossamento;
- vertigini;
- tremori;
- problemi a parlare,
- strappi muscolari;
- "black out".

Tali sintomi motivano una tendenza marcata verso il ritiro sociale e l'isolamento. C'è anche una forte tendenza a controllare tutte le espressioni emozionali (Papousek et al., 2009). Lo scopo di queste manovre evasive è di proteggersi contro una traumatizzazione ulteriore.

Tabella 2: Cause e conseguenze della gelotofobia



## XIX. Il Geloph

Dal lavoro clinico con gelotofobici sono stati scelti i seguenti aspetti specifici (Titze, 2009)<sup>4</sup>:

**a) L'esperienza traumatica con una risata sprezzante nelle prime fasi della storia di vita:**

“Durante la mia adolescenza ho evitato il contatto con i coetanei, per non essere messo in ridicolo da loro”.

“A scuola, spesso mi prendevano in giro”.

“Mia madre e mio padre mi hanno castigato regolarmente con commenti ironici/sarcastici”.

**b) La paura delle risate degli altri:**

«Quando sono stato deriso da qualcuno, non riesco ad affrontare questa persona in modo imparziale”.

*“Se qualcuno/a si è preso gioco di me in passato non riesco a comportarmi mai più liberamente con lui/lei”.*

*“Mi ci vuole molto tempo per riprendermi dopo che qualcuno mi ha deriso/a”.*

“Alcune persone provano piacere a mettermi in una situazione imbarazzante”.

*“Evito di espormi in pubblico perché ho paura che la gente si accorga della mia insicurezza e si prenda gioco di me”.*

<sup>4</sup> Queste dichiarazioni sono state incorporate nel GELOPH <46> come items (Ruch & Titze, 1998). Le dichiarazioni in corsivo corrispondono agli items di GELOPH <15>, una forma breve del GELOPH <46>. Le due versioni del GELOPH possono essere utilizzate per stimare l'intensità della gelotofobia e per identificare i soggetti la cui paura è basata prevalentemente sulla vergogna. La validità di costruito di questo questionario è stata stabilita attraverso un'analisi di funzione discriminante e un'analisi fattoriale da Ruch & Proyer (2008a).

**c) Sensibilità paranoica:**

*“Se si ride in mia presenza divento sospetto”.*

*“Quando degli estranei ridono in mia presenza lo considero spesso collegato a me personalmente”.*

*“Trovo difficile sostenere un contatto visivo perché ho paura di essere valutato/a in modo negativo”.*

*“Quando qualcuno mi sorride, potrebbe esserci alla base un intento malvagio”.*

**d) Autovalutazione critica del proprio corpo:**

*“Se mi sono reso/a completamente ridicolo/a di fronte agli altri mi irrigidisco completamente e sono incapace di comportarmi in modo appropriato”.*

*“Quando ballo mi sento a disagio perché sono convinto/a che quelli che mi guardano mi giudichino ridicolo/a”.*

*“Cerco di controllarmi il più possibile per non attirare un’attenzione negativa in modo da non dare un’impressione ridicola di me”.*

*“Quando vengo preso in giro da altri, perdo il mio coraggio e non sono più in grado di controllare i miei movimenti in modo corretto”.*

*“La mia postura e i miei movimenti sono ridicoli”.*

**e) Un’autovalutazione critica delle capacità proprie di comunicazione verbale e non verbale:**

*“Se non avessi paura di rendermi ridicolo/a, parlerei di più in pubblico”.*

*“Credo di dare agli altri un’impressione buffa di me”.*

*“Un giro di presentazioni mi causa grande ansia perché potrei balbettare, arrossire o mettermi io stesso in una posizione imbarazzante”.*

*“Se io dico una barzelletta, posso improvvisamente avere palpitazioni cardiache o una voce roca”.*

**f) Il ritiro sociale:**

*“Anche sentendomi spesso solo/a, ho la tendenza a non farmi coinvolgere in attività sociali per proteggermi dalla derisione degli altri”.*

*“Quando faccio una brutta figura in qualche posto evito di tornarci in seguito”.*

*“Evito sempre di partecipare alle feste di Carnevale perché mi irrigidirei”.*

**g) Le interazioni problematiche con gli altri:**

*“Il rischio di attrarre un’attenzione negativa e di sembrare strano/a agli altri è particolarmente alto, specialmente quando sono relativamente rilassato/a”.*

*“Quando qualcuno fa dei commenti umoristici su di me mi sento paralizzare”.*

*“Alcune persone mi percepiscono come ridicolo/a e provano pena per me”.*

*“Se sono lodato in presenza degli altri, mi vergogno e mi comporto stranamente”.*

**h) Sentimenti d’inferiorità e d’invidia che derivano dal confronto con le capacità comiche degli altri:**

*“Quando sono in compagnia di gente allegra, spesso mi sento molto a disagio perché ho paura di non essere in grado di stare al passo con l’umorismo degli altri”.*

*“Se guardo in TV gente allegra che ride e che festeggia in modo rilassato, divento invidioso”.*

Tali criteri sono stati indicati per convergere molto bene in un'ottica unidimensionale. Solo la tematica "esperienze traumatizzanti con risate e scherno" ha prodotto intercorrelazioni leggermente inferiori con le altre sfaccettature (Ruch, 2004; Ruch & Proyer, 2008b).

Su questi aspetti della gelotofobia, una lista di 46 affermazioni corrispondenti è stata compilata e utilizzata per esplorare le differenze tra i vari gruppi clinici e un gruppo di controllo con soggetti normali (Ruch, & Titze, 1998). Questa compilazione rappresenta il *corpus* del questionario interrogativo GELOPH <46>. Si è scoperto che la maggior parte delle conclusioni corrispondenti (*items*) era in grado di essere utilizzata per discriminare bene tra gelotofobici (come valutato dal giudizio clinico), pazienti con problemi di vergogna e pazienti che non hanno avuto alcun problema di vergogna (Ruch & Proyer, 2008a). Dal GELOPH <46> è stata sviluppata la forma breve GELOPH <15> (Ruch & Proyer 2008b). La convergenza di criteri clinici e dei dati di GELOPH <15> si esprime a favore della validità di costruito del questionario (Platt, 2008; Proyer et al., 2005). Questa scala è chiaramente unidimensionale e ha un'alta coerenza interna (Proyer et al., 2009b).

## **XX. Uno studio internazionale**

---

Questa ricerca ha coinvolto circa 23.000 persone<sup>5</sup> in 73 paesi (Proyer et al., 2009). La forma breve del questionario interrogativo GELOPH <15> è stata tradotta in più di 40 lingue. Esso è stato utilizzato in uno studio condotto in tutto il mondo. L'ipotesi da testare era la seguente: la risata è utilizzata in alcuni paesi come mezzo di controllo sociale. Risultato importante di questo studio è che le risposte variano nei diversi paesi in relazione alla quantità di persone che sono gelotofobiche tra la popolazione. L'incidenza della gelotofobia è particolarmente alta in Asia dove il tema "salvare la faccia" è piuttosto importante da un punto di vista socio-culturale. Infatti, i risultati mostrano che il tasso della prevalenza globale di gelotofobia oscilla tra il 2% e il 30%. In questo contesto, le persone studiate potevano essere differenziate da due fattori fondamentali, vale a dire (a) l'incertezza e (b) il comportamento di evitamento. I gelotofobici insicuri cercano di nascondere agli altri le proprie convinzioni umilianti di essere ridicoli (Questo tema è soprattutto rilevabile in Turkmenistan e in Cambogia).

I gelotofobici evitanti, d'altronde, tentano di scappare da tutte le situazioni sociali in cui si potrebbe verificare una risata che è sperimentata come una grave minaccia per l'autostima (Ciò è particolarmente dominante in Iraq, Egitto, Giordania e Thailandia). La prevalenza di gelotofobia è particolarmente elevata in Asia, dove il benessere della collettività ha una priorità assoluta, mentre gli interessi dei singoli sono subordinati a quelli del gruppo.

## **XXI. Gelotofobia in Italia**

---

Forabosco et al. (2009) riportano i dati di un'indagine empirica condotta in Italia con un campione di 334 soggetti. L'indagine era stata realizzata con l'impiego di GELOPH <15>, che ha mostrato di avere anche nella traduzione italiana buone proprietà psicometriche. Il punteggio medio per tutti i

---

<sup>5</sup> Almeno 100 uomini e 100 donne per paese.

soggetti è risultato pari a 1.72 (DS= .42). I valori medi di gelotofobia non hanno mostrato differenze significative rispetto all'età e allo stato civile, mentre sono risultati nel genere femminile più elevati che in quello maschile. Oltre il 7% dei soggetti ha presentato un punteggio medio superiore al livello soglia indicativo di una manifestazione per lo meno lieve di sintomi gelotofobici.

Gli autori scrivono che l'uso della ridicolizzazione è un correttivo educativo non infrequente sia in ambito familiare sia in ambito istituzionale e scolastico. Per quanto riguarda i confronti, soprattutto in età adolescenziale, si esprimono tipicamente anche attraverso il mettere in ridicolo l'antagonista. In un tessuto culturale e relazionale in cui il deridere e l'essere derisi sono ampiamente presenti, sia nelle valenze benevole che aggressive, è del tutto previsto che i più vulnerabili sviluppino manifestazioni di sensibilizzazione negativa al riso che possono evolvere in gelotofobia. Se la presenza di individui con problemi gelotofobici è materia di facile affermazione, l'entità e la qualità di tale presenza in ambito italiano non sono state invece ben documentate.

## **XXII. La rilevazione psicomtrica di gelotofobia: esiti**

Nel contesto di studi empirici sono state recuperate intuizioni sulla struttura della personalità dei gelotofobici. Ruch (2004) ha riportato, per esempio, che i gelotofobici sono introversi e nevrotici. Nel modello PEN della personalità di Jürgen Eysenck<sup>6</sup> la gelotofobia è correlata fortemente con le dimensioni di introversione e di nevrosi. E su le P-Scale vecchie, i gelotofobici avevano ottenuto un punteggio più alto nella dimensione dello psicoticismo (Ruch & Proyer, 2009). I risultati di questo studio sottolineano, inoltre, che i gelotofobici hanno fatto intense esperienze di vergogna nel corso della loro vita. I gelotofobici, inoltre, si sentono minacciati quando incontrano gente che ride (Ruch, Altfreder & Proyer, 2009).

Platt (2008) ha accertato che i gelotofobici non sono capaci di distinguere fra una risata canzonatoria e una risata sprezzante. I gelotofobici percepiscono le risate positive proprio come sgradevoli o maligne. Essi, quindi, rispondono ad ogni risata con sentimenti negativi come la vergogna, la paura o la rabbia. Inoltre, la capacità di sentire piacere e di sviluppare forme di umorismo socialmente unificanti è chiaramente limitata (Ruch, Beermann & Proyer, 2009). La maggior parte dei gelotofobici ricorda imbarazzanti situazioni infantili in cui essi sono stati ridicolizzati e derisi dai loro parenti (Proyer, Hempelmann & Ruch, 2009).

Rabbia, vergogna e paura sono le emozioni principali della gelotofobia. C'è un'interazione distinta con queste tre emozioni dominanti. Queste emozioni rivelano bassi livelli di gioia e alti livelli di paura e di vergogna. Ancora più importante è il fatto che i gelotofobici, durante una settimana tipica, sentono più intensamente la vergogna piuttosto che la gioia (Platt & Ruch, 2009). Inoltre, i gelotofobici riportano che non riescono a regolare le proprie emozioni e che colgono più facilmente di altre persone gli umori negativi. Ulteriormente essi tendono a controllare le proprie emozioni e non sono capaci di esprimere facilmente agli altri i propri sentimenti (Papousek et al., 2009).

Inoltre, test specifici dimostrano che i gelotofobici sottovalutano spesso le proprie potenzialità e

---

<sup>6</sup> Il sistema PEN è una tassonomia descrittiva basata sulla analisi fattoriale della personalità che contiene i tre superfattori Psicoticismo, Estroversione e Nevroticismo.

capacità: essi tendono a valutare se stessi come meno virtuosi rispetto a persone che loro conoscono personalmente (Ruch & Proyer, 2009). Conseguentemente, i gelotofobici sottovalutano le proprie capacità intellettuali fino a 6 punti del quoziente d'intelligenza (Proyer & Ruch, 2009).

I gelotofobici, inoltre, hanno un atteggiamento negativo verso la risata generale che per loro non può creare uno stato d'animo felice. Se si guardano le immagini che mostrano persone che ridono in varie situazioni, i gelotofobici incontrano difficoltà a distinguere il riso finto da un riso sarcastico o malizioso etc. Essi tendono a credere che l'oggetto di ogni risata siano proprio loro stessi (Ruch, Altfreder & Proyer, 2009).

### **XXIII. Conclusione**

---

Scopo di questo articolo è evidenziare la stretta connessione tra la vergogna e le risate. La vergogna è l'esatto opposto di un sentimento secondario, che è caratterizzato da gioia e da orgoglio e che si esprime in una solida fiducia in se stesso. Questo atteggiamento si manifesta in particolare attraverso risate fragorose. Una risata disinibita rivela la vitalità emotiva umana nel modo più originale. Da un punto di vista etologico, in una risata aperta si esplicita una forza offensiva. Tale forza rilascia affetti più vitali, in modo che l'individuo che ride sia dominato dal proprio corpo, senza essere in grado di esercitare il controllo su di esso. Così, l'individuo che ride inevitabilmente appare come una minaccia alle persone che cercano di controllare il loro corpo in maniera eccessiva: queste persone sono, in genere, soggetti a sentire vergogna (Titze & Kühn, 2014).

La vergogna di se stesso inibisce la gioia naturale della vita. Ciò si traduce in un torpore emotivo che si esprime in una maschera tipica della vergogna sulla faccia pietrificata. La vergogna sorge quando una persona si sente controllata e valutata dallo sguardo scettico degli altri. Se questo sguardo è connesso con un riso di scherno, ciò può essere vergognoso e particolarmente dannoso. In questo contesto, si può generare una specifica paura che è centrata sulla ridicolaggine del proprio sé. I gelotofobici guardano costantemente e in maniera molto sensibile "fuori", nei volti degli altri, alla ricerca dei pur minimi indicatori di risate di scherno. Insomma, i gelotofobici pensano di essere completamente ridicoli agli occhi del prossimo. La vergogna costringe questi gelotofobici a evitare le attività sociali a causa della loro convinzione distorta di diventare oggetto di derisione. Di conseguenza, la loro strategia di sopravvivenza consiste nel proteggere se stessi dalla possibilità di essere derisi dagli altri. Questa precisa ossessione, paradossalmente, genera il rischio di diventare effettivamente il bersaglio permanente di risate di scherno.

Michael Titze  
Wendelsgrundweg 12  
D-78532 Tuttlingen (Germania)  
E-mail: Michael-Titze@michael-titze.de

## INTERGENERATIONAL CONFLICTS AND PSYCHOTHERAPY: SOMETHING MORE THAN INTERPRETATION

GIUSEPPE FERRIGNO

### Abstract

Conflicts within intergenerational ties often have a cyclical dynamism. The Adlerian concept of relational mind, time, compensation is compared with the intrapsychic approach of the classic Freudian model, with the myths of Hesiod's Theogony: the myth of Uranus, Cronus, Zeus, Tantalus. The therapeutic relationship cannot be built only through an interpretative approach with patients who have felt neglected as children, hated, abused, starved for affection. A therapeutic treatment is necessary, intended both as a place of interpretation of fictions and as an empathic relationship of the "creative couple". The therapist must offer the patient the opportunity to experience new sensations and emotions other than the ones lived in the family prototype: a unique experience which may correct the base deficits. For this reason it is necessary to lay in the "hic et nunc" of the "setting" "now moments", made of "sloppiness", "childishness", spontaneity, unexpected, creativity.

### Keywords

*INTERGENERATIONAL CONFLICTS, THEOGONY, NOW MOMENTS, INTERPRETATION/CORRECTIVE EMOTIONAL EXPERIENCE*

### Riassunto

I conflitti all'interno di legami intergenerazionali hanno spesso un dinamismo ciclico. Il concetto adleriano di mente relazionale, di tempo, di compensazione viene confrontato con l'approccio intrapsichico del modello freudiano classico, con i miti della teogonia di Esiodo: il mito di Urano, Crono, Zeus, Tantalo. La relazione terapeutica non può essere costruita soltanto attraverso un approccio interpretativo con i pazienti che si sono sentiti bambini trascurati, odiati, maltrattati, affamati di affetto. È necessario un trattamento terapeutico inteso sia come luogo di interpretazione di finzioni sia come rapporto empatico della "coppia creativa". Il terapeuta deve offrire al paziente la possibilità di vivere nuove emozioni mai sperimentate prima, diverse rispetto a quelle vissute all'interno del prototipo familiare: ne nasce un'esperienza unica che può correggere i deficit di base. Per questo motivo è necessario che nell'"hic et nunc" del "setting" fioriscano "now moments", fatti di "sloppiness", di "fanciullaggine", di spontaneità, di imprevisto, di creatività.

### Parole chiave

*CONFLITTI INTERGENERAZIONALI, TEOGONIA, NOW MOMENTS, INTERPRETAZIONE/ESPERIENZA EMOTIVA CORRETTIVA*

## I. Introduction

This research is based on the Adlerian concepts of relational mind, individual as a temporal phenomenon and dynamic compensation. The research is a comparative reflection via the intrapsychic Freudian approach, in which the mind is isolated, static and looks towards an unchangeable past in a causal and cyclical way.

I analyze the myths of Hesiod's Theogony (the myth of Uranus, Cronus, Zeus, Tantalus) whose conflicts, as we'll see, recur over and over with a cyclical regularity.

In clinical terms I ask myself how to build an encouraging Adlerian setting with patients who, like Uranus, Cronus, Zeus, Tantalus, unconsciously have "fictional schemes of steadily stratified cognitive-emotional apperception", that express intergenerational conflicts and wounds that always come up time and again the same way, always following the same script.

The therapeutic relationship in a setting, based on a cognitive-interpretative side and, therefore, on the interpretation of the transference, aims at dismantling strengthened fictions.

To sum up, can an exclusively interpretative setting be so encouraging to produce "changes" in one's life plan and, hence, in the patient's life style?

## **II. Alfred Adler and relational mind**

---

The Adlerian mind is a relational one and, as early as 1911, we see the ouster of Alfred Adler from “Vienna Psychoanalytic Society” (Ferrigno et al., 2006), precisely with the transition from an epistemological horizon based on intrapsychic and, therefore, on a solipsistic conception of the subject, to a vision of the *individual as indivisible*, conceived as a network of interpersonal and intersubjective dialogues between *Self* and *Other*.

At the beginning of the Twentieth century, Alfred Adler offers an innovative, heretical and revolutionary model of psychic life: relational, hermeneutically cognitive, but at the same time emotional life.

Individual Psychology, following Adler’s eminently relational vocation, emphasizes the primacy of *need (Bedürfnis)* (Ferrigno, 2008, 2009), experienced by the child from the earliest stirrings, to receive *sensitivity (Zärt)*, *affection, love, caresses, bond, contact by the caregiver*, who takes care of her. The caregiver has, therefore, a fundamental and irreplaceable responsibility: to fertilize the fragile soil of the child with attention, care and emotional “intersubjective traffic” (Stern et al., 1998; Stern, 2004). If the child can only feed on “disinterested” emotional attachment and tenderness, she may acquire the language of “unconditional love” (Adler, 1908).

## **III. Alfred Adler and the ideographic approach**

---

The Adlerian model is based on the relational approach. The elective approach is, therefore, ideographic, because the individual is studied as unique and unrepeatable in the specificity of her own lifestyle, understood as a coherent “result” of various dynamic factors creatively interwoven: nature, culture and subjective interpretation.

In this sense, while the formulation of the Adlerian concept of *Creative Self* suits an orientation of ideographic type, the nomothetic approach adapts more easily to the Freudian intrapsychic model, which tends to study the phenomena according to a cyclical regularity that is applied to the subject regardless of their personal or social history (Ansbacher & Ansbacher, 1956).

In a nomothetic approach, the general elements begin from a predictable hypothesis which universally recurs in the same circumstances and in all individuals indistinctly: we remember the regularity of the various phases and sub-phases that characterize the stadial theory of Piaget (1923), as well as the Freudian sexual organization: the castration complex, the Oedipus complex, the latency period, regardless of individual differences.

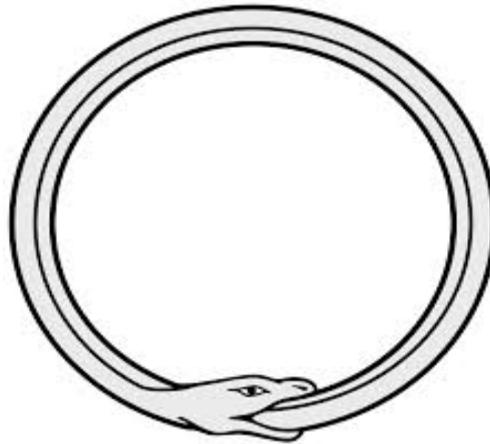
## **IV. Alfred Adler between linear and cyclical time: the spiral time**

---

Prometheus, by donating to delicate, silent and sad people the vital secret of fire and technology, illuminates the dark lairs in which they lived, especially discovering another temporality of perspective, a linear and progressive one. The temporality inaugurated by Prometheus, as Aeschylus says in the Sixth century B.C., is the “aging time” (v. 981), reinforced by the pursuit of a pre-imagined goal: the concept of time conceived as a circular return on itself fades away, as it is beautifully symbolized by

the “Ouroboros”, the snake that eats its own tail (Figure 1).

*Figure 1 – Ouroboros*



The Greeks regarded time as *kyklos*, as a cycle in which every event repeats itself endlessly. In circular time the *goal* reached coincides with the end of everything, because when the purpose is “reached” it is now consumed. The term *goal* (in Italian = *scopo*) derives from the Greek *scopéo* (which indicates the action of getting something in advance, in view of a forecast) (Galimberti, 2005): it refers to a goal, a target, an object on which the eyes are fixed in advance.

The attainment of the objective in circular time triggers an infinite, eternal and “nostalgic” movement that, replicating the same circle which had been drawn in the past, always promises an identical ending, confirmed as *eternal return*. The cycle remains unchanged for eternity. The *telos*, the outcome, the purpose that marks it, does not open towards expectations of creative type, since the temporality is nothing more than the constancy of the cycle whose phases necessarily and always turn out in the same way.

In the “cycle” the *telos*, the *goal*, coincides with the *end*, the “driving force”, in Greek language *enérghēia*, leads the implementation of *érgon*, the work, of what has already been accomplished (Galimberti, 2005). The cycle includes the explication of implicit as in the seed, in which the result is potentially present: the fruit. In the “cycle” there is no *progress*, but only *obsessive repetition*. This way, it is important the memory of past cycles to predict the future; for this reason, in the cyclical time, the old sapient, the elderly, takes on enormous importance so that he becomes the guardian of knowledge and understanding, the same as the educational act coincides with the transmission of memory and experience (Galimberti, 2001, 2005).

It is the historian Thucydides who, introducing the concept of the three historic dimensions in the cyclical view, gives an innovative meaning to the “present”, understood as a synthesis and culmination of the “past” and at the same time the starting point of the “future”, outlining a temporal, triangular configuration in which the present shapes the basis that encompasses both *past* and *future*.

We are no longer facing the fatalistic conception of Herodotus, according to whom History is a series of interconnected events whose course is led by fate, by the will of the Gods, by *tuke* (*destiny*) in a passively catastrophic vision of man’s free will, not far from the Homeric model. In the poems of

Homer “destiny” coincides with inevitability, expressed by the term “anánke”, meaning “necessity”, “constriction” (from the Indo-European root \**anek*). We remember the beautiful scene in the Iliad, where Hector accepts his own “destiny”: he closes the circle constructed by fate going to meet death in the memorable and always predestined duel with ruthless Achilles.

St. Augustine in the “City of God” continues the debate on the two conceptions of time, cyclical and linear (St. Augustine, 413-426). The eternal return of sameness is considered a “static” trap for the man who is caged in a kind of indestructible “repetition compulsion”. The individual facing the conflict between will and destiny has always sought to harmonize the cyclical time of nature with scopic time of humanity to give some sense to her own existence. The attempt to find a balance in the dualism between freedom and necessity had to come to terms with the limits imposed by nature; first of all, the limit of one’s own mortality, and then of one’s own inferiority: the arrogance, the *hubris*, is the gravest sin according to Greek wisdom.

In cyclical time, nothing can happen that has not already happened, nothing creative has to be waited for that must return: this way, it ensures the eternity of the cycle. Once again, the *Ouroboros*, the snake that bites its own tail, is able to perfectly portray the essence of the cyclical nature of static time as it was conceived by the classical Greek world.

Anyhow, to the *cyclical* time and to the *scopic (linear)* time we can add the Greek concept of *kairòs*, the opportune time, the *moment* (“now moment”, Stern would say, 2004) that must be passively catastrophic caught: only the unexpected enables a man to come out from the darkness of “necessity” into a balance between natural-cyclical time and human-scopic-linear time.

## **V. The Adlerian spiral time and two-face Janus**

Breaking the circle of eternal return means opening to an Adlerian spiraling temporality, which has the power to project itself towards new creative horizons in constant transformation. The Adlerian time is the time of project, of hope: a synthesis of the cyclic time of Cronus and the linear-perspective time of Christianity.

The Greeks, as mentioned above, used two different terms to connote the concept of time, *crónos* and *kairós*. “Cronos” was the logical, sequential, quantitative time; “kairòs” connoted “time in the middle”, as well as something “special” was to be read as in the phrase of Heraclitus, “panta rei” (“everything flows”) and “How beautiful is youth, that is lost, however, who wants to be happy be it, as tomorrow is not certain” (Lorenzo the Magnificent). If *crónos* is time in its triple extensions of *past, present and future*, denoting the inexorable passage of time, *kairòs* designates the appropriate time, the opportunity, the right, appropriate time.

As St. Augustine says (400 b. C.) in “Confessions”, there are three available presents: the “present of the past” that lives within the dimension of memory, and therefore, the “no more”, the “present of the future”, that lives within the dimension of the “not yet” and the slippery “present of the present”, that lives within the dimension of intuition, intentionality, relationship with the minds and hearts of others.

If the present were immobile and static it would be eternity: this is a transient, dynamic, fluid,

smooth, slippery and elusive present as the sands of the hourglass. The Adlerian time is a dynamic, spiraling time that continuously flows, a constantly and infinitely transforming time that does not allow anyone to bathe twice, or even only once, in the same waters of the same river, because everything changes, runs, turns, dies, and this contrasts with static immobility, with the unflappable and eternally cyclical reign of Cronus, the god of circular and crystallized time

The Adlerian “god,” in fact, could particularly be the Roman god Janus, the god of passage, of becoming, of the limit, the threshold, the continuity, which is always between past and future; the guardian of the house with a face that looks inside and a face that looks on the outside, with a face that looks to the past, to the “no more”, and with a face to the “not yet” of the future. The Adlerian time justifies the precarious nature of man, their own vulnerability and inferiority, because it puts them in direct contact with the inevitable mortal and finite nature, with the concept of the end of all, the transformative movement of death.

Death may be removed, denied, challenged with the risk of the stain of arrogance, of *húbris*, or exalted, purified, ennobled, fictionally refined via compensating dynamics that may satisfy the need of infinity, perfection, superiority, eternity.

The inexhaustible dialectical and paradoxical dynamism, *minus/plus, inferiority/superiority, imperfection/perfection, mortality/eternity* allows the subject to overcome the unsustainable feeling of insecurity, fragility, inferiority, mortality through a continuous compensatory movement. In “The Uncanny” Freud (1919) writes: «A lot of men seem uncanny in the highest degree what has relation with death».

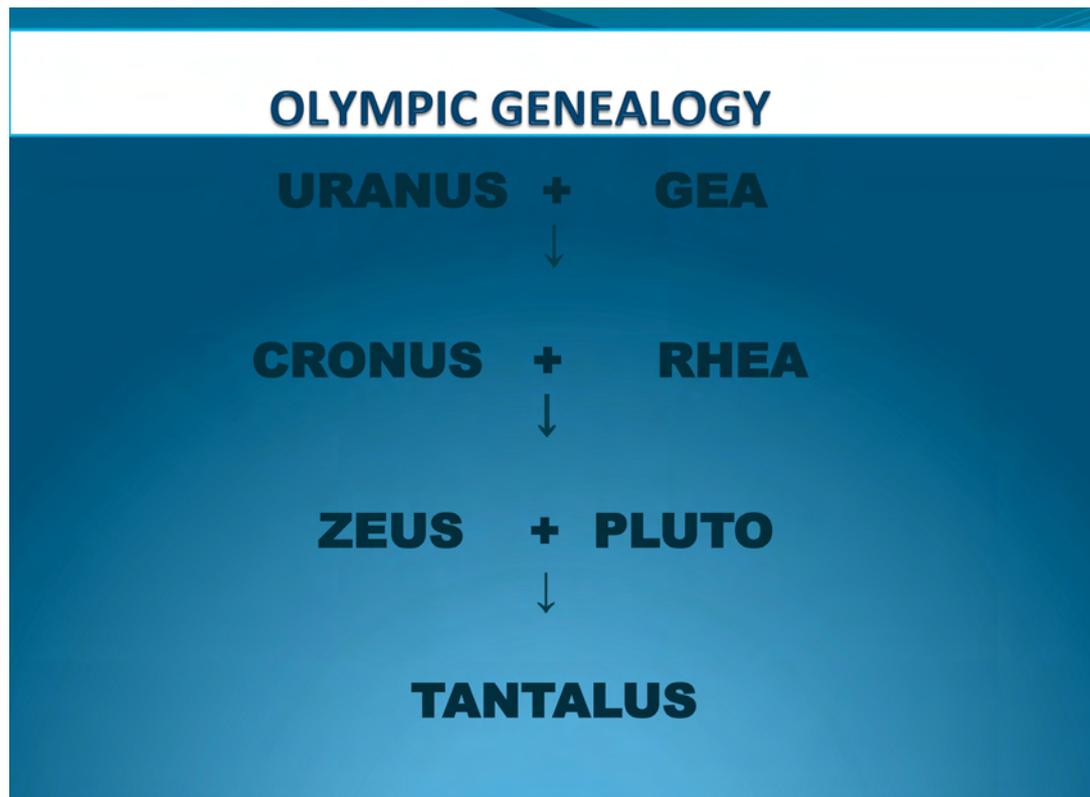
## **VI. Hesiod’s Theogony and intergenerational cycle according to the nomothetic approach**

Let’s go back to Hesiod and his own “Theogony” (VII century b. C.) (Table 1). The history of humanity begins with a violent deed: Uranus’ castration. The conflict, father and son, based on cyclical violence, as we shall see, will be repeated periodically as fictional compensation aimed at eternalizing the perception of absolute power; as a personal fictional defense against the unbearable emotions tied to aging, finitude, death. But back to the dawn of humanity.

Uranus, the god who personifies the sky in ancient Greece, loves Gaia, mother earth, and conceives the Titans, monstrous gods, towards whom he feels a great repugnance, so that as soon as Gaia delivers them, he will not tolerate that they will grow free and happy. Uranus imprisons them in the belly of Earth. The last born, Cronos (*Crónos* in Greek = time), the god of time, as soon as his mother Gaia stirs him up he will break free to their condition of subjection, castrate his father Uranus and brutally take his place.

Cronos, the god of “cyclical time” becomes the absolute sovereign; in order to prevent the fulfillment of the prophecy that paradoxically predicts his ouster by his children, he devours them as soon as they are delivered by his wife Rhea and forces them, as Uranus did, to remain omnipotently imprisoned in “his own belly.”

Table 1



## II. The complex of Uranus is the same one of Cronus

Cronus, therefore, devours and destroys what he has created, his children and those who created him, his father. He was a son frightened by his father Uranus, but he becomes, in turn, a scared, scary and unnatural father: he refuses to raise his children and, holding them inside himself, crushes them, kills them. Cronus demands, but he is not able to donate, he cannot offer anything of himself: he is not really interested in other people, he calls for total devotion, he aspires to be served, but he is not able to serve anyone.

Cronus' social feelings and primary need of affection, on the other hand, have never been cultivated and harvested by his parents. Cronus, former wounded and helpless child, once he becomes adult he becomes exactly like his father: an obsessive, despotic, violent, false, overbearing father. But Rhea, as Gaia did, greedy for revenge, tries to save the last son Zeus. As soon as Zeus is born, she gives Cronos a little bundle as meal containing a stone, and he naturally eats, so Zeus is saved.

At this point, a new "cycle", an identical one, begins. When Zeus grows stronger and vigorous, he forces his father Cronus to vomit all the swallowed children and takes over his dethroned father, who plunges into Tartarus where he gets locked up in chains. Is the circle closed?

Apparently Zeus is the son who succeeds in breaking the circular chain of crimes and misdeeds of the two previous generations. But we know that in reality it isn't so. Besides, Zeus' *social feeling and the primary need of affection* have never been cultivated by his parents. What does Zeus do once he becomes an adult?

Let's think about his numerous betrayals when he disguises several times (he turns into a bull, rain, swan): in reality, the cyclical violence against his children skips a generation, but it repeats in the

same way in his son, Tantalus, who will replicate, as we will later see, the circular pattern of violence against children, which really belongs to the whole family strain.

Uranus, Cronus and Zeus are authoritarian, narcissistic, self-centered fathers, they are fundamentally weak, insecure and frightened by their own fragility and mortality, absolutely devoid of a never harvested social feeling: they originate in their sons the same conflicts and similar feelings that oscillate from omnipotence to exclusion, from hatred to anger, marginalization and, therefore, inferiority.

Uranus and Cronus haven't been able together with their wives, Gaia and Rhea, to satisfy and fertilize the natural and primary need for affection, tenderness (*Zärtlicheinbedürfnis*) of their children (Ferrigno, 2008, 2009).

It is important that parents, after thoroughly healing their wounds from childhood, be creative when bring up their children in order not to repeat, through fictional mechanisms of identification with the aggressor, the patterns that they suffered in childhood. *Fathers and mothers are often bad parents, if they were badly brought up*: the social feeling just needs to be cultivated with care and regularity.

### **VIII. The complex of Cronus is the same as that of Zeus**

We have seen that the chain of intergenerational conflicts of the Greek Olympus does not break with Zeus for good. Tantalus, the son of Zeus and Pluto, is in turn guilty of violent behavior like his great-grandfather Uranus and his great-grandmother Gaia, his grandfather Cronus, his grandmother Rhea, and finally his father Zeus were unfair and violent: Tantalus replicates the unfair and violent model towards their respective children for other reasons, the model that had already been carried out by his grandfather Cronus and great-grandfather Uranus. Tantalus cuts up his young son Pelops and, during an unclean banquet offered to the gods, he feeds the table companions. Once again, the circle closes.

### **IX. The myth between “ideographic adlerian approach” and “nomothetic freudian approach”**

It often happens that a behavioral pattern, made up of negative and violent emotions and feelings, gets crystallized and endlessly transmitted from father to son: the scheme becomes eternal, such as a lifestyle, which we might call intergenerational, characterizing the entire family strain.

The myths of Olympus, like the stories and the “fictional myth” told by our patients, should be analyzed and interpreted, therefore, within the framework of the various links and connections between the generations in the family constellation, following an approach that emphasizes the ideographic subjectivity rather than the *nomothetic generality*.

According the *nomothetic model*, the Genealogy of Hesiod proposes the replication of the castration complex and the resulting Oedipal triangle father, mother, son.

According to the *ideographic Adlerian model*, however, we could identify Uranus as the founder in the Olympic race, a “badly” overwhelming feeling of ontological fragility. Although we witness the presence of divinity, the entire dynasty seems to be transversely crossed by a pensive feeling of inferiority, which manifests itself in the form of an *intergenerational lifestyle*, featuring the whole

family strain: insecurity and inferiority, in the Olympic divine progeny, are offset by a narcissistic omnipotence aimed to challenge *mortality and finitude* of the human condition.

Sometimes, the desire for eternity, the *plus* “without measure”, is completely detached and separated from its opposite pole, the *minus*, from which the offsetting push comes, which is connected to the anxiety of finitude and death. Through a *fictional defense*, based on the denial of linear time (Marie Bonaparte, 1952), the subject builds up *safeguard expedient* on their own allowing them to escape fear and pain for his own death.

## **X. The recurrent pattern in Hesiod’s “Theogony” between “compensation” and “lack of social feeling”**

In the forementioned “Theogony” of Hesiod we can then find three intertwined factors: 1. fate prevails over free will; 2. father and mother perform gestures that reveal absence of social feeling; 3. affective-educational parental scheme is repeated cyclically over various generations.

Of course, there are variations between the three factors we mentioned, but the lack of “social feeling” is evident in the caregivers who take care of the newborns, all accompanied by an inability to activate a fruitful “intersubjective traffic” – Stern (2004) would say – between the mind and the heart of the parent and the mind and the heart of the infant, with the constant presence of compensatory fictional “defensive expedients”, such as the “negation”, the “split”, the “identification with the aggressor”, “projective identification”. The two dialectically opposing poles that characterize the human condition (the feeling of fragility, mortality and the compensatory “omnipotent hope” of immortality) are clearly disconnected via the “denial” of linear time: a fictional defensive expedient that protects the subject from the fear of his own “end”.

We could, therefore, interpret the myth of Uranus exterminating his children and, in parallel, the myth of Cronus “eating” them, as the expression of the omnipotent fantasy of eternity, separated from its opposite pole, that is the feeling of fragility and mortality: Cronos, indeed the god of indestructible temporality (Cronos in Greek means cyclic time), in the foolish attempt to “stop” the inexorable passage of time, which testifies to his own transience, does not find a different way out than slaying his children, thus moving away from the humiliating thought of the inexorable flow of generations that are born and die. Children’s new life evokes, as with all castles, the spectra of death for parents-castellans that must give way.

We have seen that in many myths the prophecy whereby a son will kill his own father and take his place recurs: if this killing can be read in Oedipus terms, as it has always been done, it can be understood as a metaphor of the fact that a child necessarily testifies the passage of time to his parents alongside the inevitable facts of aging and death (Bonasia, 2001). Becoming parents means opening to the world of adulthood and then death. The positive feeling of procreation gives, instead, the magical experience of feeling crossed by life: it is the expression of the *social “sub specie aeternitatis” feeling*, as Adler would say (Adler, 1931).

## **XI. “Ouroboros” and “Mamma Roma”, the eternal return: who is to blame?**

Ettore, the protagonist of the movie by Pier Paolo Pasolini “Mamma Roma” (Anna Magnani), is a young teenager whose episodes were inspired by a true story. Pasolini says: «I would have written about the death of the eighteen-year-old boy Marcello Elisei in the prison of Regina Coeli. This is an event that I still cannot bear with and each time I think about it I hold back my tears in my throat. I do not know how I could have written an article about this horrible death. I am not a journalist. However I will certainly add this episode in one of the novels that I have in mind» (Pasolini, 2001, Vol. II, pp. 3050).

Pasolini’s intention is expressed in the script of “Mamma Roma”. Mamma Roma is a forty-year-old prostitute. The woman has a sixteen-year-old son who was brought up by a family of peasants; but now that she has given up her “profession” and has bought a sort of dignity working as a greengrocer she takes Ettore back home.

But the past comes back to knock on the door and Carmine, the pimp, forces Mamma Roma to return to beat. Hector discovers his mother’s real job and begins to hang out with a company of fools: they arrest him, put him in prison and in the delirium of fever, strapped to a bed of restraint, like a sparrow, dies the same way as the “Dead Christ” in Mantegna’s painting.

But who is to blame for all this?

Here’s the monologue/dialogue taken from the original screenplay for the film, while Mamma Roma “beats” along the “Avenue of lost souls”

*«Biancofiore: Cin Cin...*

Then she hands the bottle to Mamma Roma, who finally takes it, and sucks on the bottle until the end.

*Biancofiore: Drink, drink, that’s so good! Here ... Send it to those who say that we are sluts!*

*Mamma Roma: Why in the world do you live this kinda life? Who is to blame? You could never guess? Not even you!*

*Biancofiore: Boh! You have been living the same one for the last 30 years, so why in the world are you asking that to me?*

*Mamma Roma: would you ever say that it’s all your fault?*

*Biancofiore: Ah, that’s it!*

*Mamma Roma: The way people are is all their fault, don’t you know that?*

*Biancofiore: oh yeah, that’s clear and now that you know that what you wanna do? Why don’t you tell the entire world?*

*Mamma Roma: Yes, your road of faults is a road other people walk on, even those that are not guilty at all!*

*Biancofiore: Eh, poor Ettore! That’s true that when he was born he didn’t want to walk on your road! That’s sure! But who put all this rubbish into your head?*

*Mamma Roma: A priest! He was to me as a living Bible! I didn’t want to start again from the very beginning! Do you think I don’t understand you? Damn, you and your cognac. I got drunk!*

*Biancofiore: Goodbye! I will live you alone so that you can take some time looking into your conscience!*

Mamma Roma continues to walk alone. And, since she is really a bit ‘drunk, talking aloud to herself, making a grimace of pain and compressing the belly.

*Mamma Roma*: Oh my God, what a terrible stomachache! What have I eaten? My own heart’s fat!

*Pittorello*: here is the ventriloquist!

*Mamma Roma*: who are you? One of my clients?

*Pittoretto*: No, I am a Juventus supporter!

*Mamma Roma*: I’ve had so many now, that I do not even remember them. I am not the registry office! The first one was my husband, Ettore’s father ...

*Pittoretto*: are you kidding? Did you even get married?

*Mamma Roma*: He was a young man who was seven beauties...

*Pittoretto*: oh yes, with a spare tire, too!

*Mamma Roma*: When we got married we were twenty people... we went to church one by one, the first one has left at nine, and the last one at noon... We went with a 10-minute distance from one another in order not to draw attention... As my husband was wanted by the Police... when we got married I hardly had time to say yes, that guards arrived and arrested him ... I stood there, by the altar, virgin!

*Pittoretto*: it’d been worst if you had been deflowered as Rosina!

*Mamma Roma*: And you know why my husband, Ettore’s father, was a wretched scoundrel?

*Pittoretto*: I don’t know, that’s his business!

*Mamma Roma*: Because his mother was a moneylender, and his father a robber!

*Pittoretto*: Why then his mother was a moneylender and his father a robber?

*Mamma Roma*: Because his mother’s father was a headsman and his mother’s mother a beggar, and his father’s mother a pimp and his father’s father a spy!

*Pittoretto*: God free us from evil!

*Mamma Roma*: All poor wretches! That’s why! Had they had the chance, they might have been all good fellows for sure! And so who’s to blame? Who’s responsible?».

Two youngsters approach her with violence. They are Roscio and Roscio’s friend: they look at her a little in silence and then Roscio blurts out.

*Roscio*: Aoh!, have you closed shop? *Mamma Roma*: No way! I even work overtime!

*Roscio*: Let’s go!

*Mamma Roma*: Who is to blame?

*Roscio*: Bird Griffin!

Mamma Roma raises her eyes to the sky and she pulls up a closed fist, both as threatening and pleading.

*Mamma Roma*: Eh! explain it to me, I’m not nothing and you are the King of Kings!» (*Ibid.*, Vol. I, pp. 236-239).

## **XII. “Change” is something more than “interpretation”**

We wonder how an Adlerian therapist within a setting can take care of patients with “intergenerational” conflicts, deeply rooted and crystallized in a *fictional lifestyle* that reflects the

primitive dynamisms belonging to the whole family strain.

Considering this kind of patients, May an analysis based on interpretation be enough for the purposes of “change”?

Can the *understanding and the taking down of strengthened fictions* really belonging to the entire family tree lead the patient to build up a new plan in the direction of an existential *feeling of community*?

How is it possible to maieutically rebuild new emotions in the patients so to feed their own “social sense”? These new emotions may remain in the state of potentiality?

Faith, hope, availability, respect, loyalty towards “another from herself” and the “taste” of the other are often empty words for her, who always breathes a relational atmosphere steeped in insensibility, competition, indifference, selfishness, anger, hatred, aggressiveness, lie, treachery.

These patients – formerly alone and unhappy children – grew up in a dull environment, they are like infertile land and therefore unable to allow the innate sense of social to develop their social feeling. So relational dynamics without social feeling endlessly come up again, handing down from father to son. If deficiencies, the “deficits”, gaps, basic wounds and intergenerational conflicts, of which patients are often unaware expression, have never been faced neither shared nor empathically resolved, they cyclically tend to recur over and over.

In clinical terms the lifestyle of a person, who shows intergenerational dynamics, can be redirected on condition that the patient, at an interpretative level, dismantles the cyclic chain of “sick” links, “but also” on condition that he lives a new emotional experience with the therapist, which is “corrective” for the base deficit (Ruping, 1990).

### **XIII. Intergenerational lifestyle and change: the “present moment”**

Lifestyle change, according to the latest empirical evidence (Gallese, 2005; Kandel, 1998), is closely related to the “real” experience lived by the creative *couple patient-therapist* (Ferrigno, 1998, 2005, 2008, 2014).

In the Adlerian setting, “magical moments can be born” (Mezzena, 1999) experienced as “present moments”, named “Now moments” during which wide margins of “change” are activated (Gallese, 2005; Kandel, 1998). The “change” (Alexander et al., 1946; Stern et Al., 1998; Stern, 2004), therefore, mainly feeds on moments lived in the *hic et nunc*, not simply on *verbalization* of experiences already spent or imagined as future: the experience *tout court* of these “present moments” places itself within “implicit” (Bertan, 2008).

The “present moments” and the “now moments” are activated during the session (Migone, 2003; Stern et Al., 1998; Stern, 2004): they are “moments” of intersubjective exchange and are, within the therapeutic process, real engines of change (Alexander et al., 1946; Rüping, 1990) beyond any possible *interpretation*.

We wonder, at this point, if these “now moments”, these magical moments, are the cause or the consequence of the structural “change”.

As early as 1946 Alexander had pointed out too that it is not the insight that causes the change, as stated in the psychoanalytic tradition. The insight can only happen “after” something has “already”

happened, as a matter of fact, the “corrective emotional experience”(Alexander et al., 1946). We know that the “mirror neurons” (Gallese, 2005) are not only activated when the subject performs a specific movement, but also when the subject sees in someone else the same intentional movement: this simple but revolutionary discovery involves amazing implications concerning the Adlerian process of *empathic encouragement* and the concept of *change* (Ferrigno, 2014).

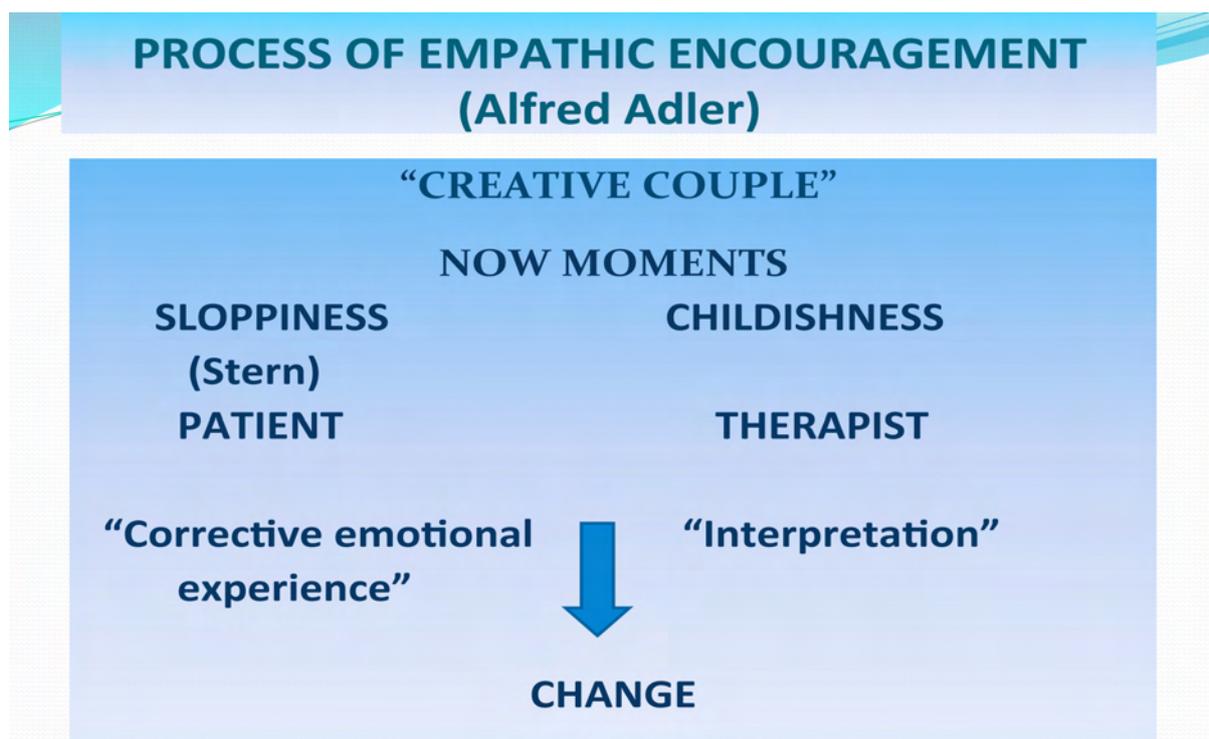
#### **XIV. The rhythm of encouragement: the patient’s “sloppiness” and the therapist’s “childishness”**

“A bond of resonance, of entrainment” between the operator and the patient always takes place: the patient is no longer a *clinical case*, but *he becomes a person with whom taking contact, dialoguing in the hic et nunc, in the present of the present during which intuition, in an Adlerian sense, indisputedly reigns* (Ferrigno, 2014).

Stern and the “Boston Change Process Study Group” (1998), in this regard, made an eulogy of “sloppiness” (Migone, 2003) that is *sloppiness, disorder, neglect*, patient’s “stupidity”, the patient’s attitude that is not finalized, not easily understandable: at first sight we do not understand anything about the patient and we do not know where they are going. Over time, however, we realize that these moments of “stupidity” and “sloppiness” are the most important ones. These moments may be filled with discomfort or emotional tension both for the patient and for the therapist, during which the most important and significant things can paradoxically happen, so they are able to track down nodal turning points for the therapy.

Both Stern and Adler (Table 2), in fact, emphasize the need to foresee the spontaneity, the unexpected, the game, the creativity of the therapeutic couple as essential and indispensable elements of the therapeutic relationship within the setting, too (Ferrigno, 2014).

Table 2



## **XV. The professional routine stifles the relationship**

The risk is always lurking: the psychotherapist, in the long run, might not try more emotions, morphing the setting into a skeletal, empty, soulless room within the coldness of the professional routine (Guy, 1994). The most insidious danger for every psychotherapist is the loss of the “childish” part that lies within in herself: the *routine practice* can transform the patient-person in a “clinical case”

Let’s go back to the way we can manage the therapeutic relationship with patients with intergenerational conflicts. A unique emotional encouraging experience, lived by the Adlerian “therapeutic couple” within the setting can be “restorative” of the base deficit.

## **XVI. Moments of meeting and praise of the “childishness”**

Within the setting it is important to activate the sense of the *game*, the *creative Self* of the Adlerian *therapeutic couple*. I have seen that the process of empathic encouragement and, then, the “emotional contact” with many patients are activated in those “moments” where I can recover those childish parts that secretly doze in me and that makes me available to amaze myself, to wonder, to “play” through a subtle and profound dialogue in unison with the thrills and ancestral fears of the patient. In the depths of the soul of our lives, as claimed by Pascoli (1903), a “little boy” that often remains silent for the simple reason that it is smothered by the fervor of daily chores. To avoid a psychotherapy without a soul, I believe it is necessary to recover the language of the game, the emotions, the heart, in short the “childishness” (Ferrigno, 2014).

## **XVII. 1. The case of Elio: a dream**

Elio, thirty-three years old, wealthy businessman, occasionally consumes alcohol and cocaine. He alternates moments of mania and megalomaniac delirium to stages of depression, during which he remains at home watching TV, sleeping, not responding to phone, reading, underlining maniacally words and phrases on books; preferably inherent to the anthropological and ethological superiority of men over women.

He frequents fashion and finance. He surrounds himself with Eastern European girls picked up from night bars. A few months ago he gave up using cocaine and alcohol: he takes medicines (Valproate and Citalopram) prescribed by his psychiatrist. He ironically says that he suffers from “mith-mega-ego-centrism”.

He is in open conflict with his father, of whom he does not tolerate his conscious level the “ridiculous” attitudes of aristocratic grandeur with the other people; the contempt for his neighbors, the machismo against women and, in particular, against his mother, who is less “aristocratic”; he hates his superficial, arrogant, conceited, pompous, self-referential behavior, designed to amaze and impress people, from whom he expect reverence, respect and admiration. Elio said that he is much closer to his own mother, of whom he admired her simplicity, concreteness, intelligence, as he fights against everything that recalls his father: «My father is fascinated by exterior things, he never not

listens to me and claims to be always right. He surrounds himself with butlers and housemaids because he believes they give a winning and grandiose image of himself».

Elio walks into my office from day one and he believes he is the incarnation of “simplicity” and “essentiality.” In fact, Elio flaunts a “tacky” way of dressing up, asserts in a stuck-up way that he owns flaming red “Ferrari” and prides himself on the fact that when he turns up at his night stints, waiters and women shake in his presence. He believes he is surrounded by women who crave for him because he is beautiful, rich and famous: «As soon as women see me, they feel an irresistible urge to perform the function of phylogenetic proliferation. The “dominant male” goes hunting with his club to procure the money for his wife and children, exactly as claimed by the most credible research in the field of anthropology».

During sexual intercourse, he only prefers oral sex, where everything is simple and quick: «Women cannot “kneel” in front of so much splendor!».

He constantly states that he hates appearances, pomposity and superficiality which characterize both his father and his father’s entire family, including his grandfather and grandmother, all local “notables”. Here is a very significant dream in which the dream material produced by Elio tells us how he perceives his own family.

#### DREAM OF 7 MAY 2013

*«House of Portofino: alarm goes off, war style. A bunch of missiles falls down as dots from the sky. We have our feet on the ground and feel safe, there was catastrophic atmosphere, we were still with all the missiles coming down. There was my father, my mother, my sister. We walk out in the garden: there was a missile attack coming towards us, slowly. No one said: «Run!». There was anxiety but not panic. Two little robots with two machine guns shot us: the little balls bounce back. They used a weapon that has no effect on us».*

#### EMOTIONS DURING AND AFTER THE DREAM:

*«Anguish, not panic».*

#### DAYTIME RESIDUAL:

*«I watched the movie “The Day After”» on TV.*

#### ASSOCIATIONS:

Portofino house:

*«Beautiful home. I was not good at playing ball, but I played football by myself as a pro».*

Alarm:

*«War style. At home my father is clumsy and confusing, he opens the window and makes the alarm go off: he is absent-minded. Missiles are the same as in the movie “The Day After”».*

My mother:

*«A good mom, she takes care of my growing up and my education; she is kind and gentle. When I was little she was good, she was often worried, she made me play sport, she was interested in my school*

*performance. Good, beautiful, thin and elegant. Unlike my father, who is tacky, does not listen to anyone and believes he is an “elected”, just like his grandfather and grandmother: they were “notables».*

Sister:

*«Paranoid, good, pretty, unbalanced, unsettled in emotional relationships with everyone, she has no sense of proportion».*

Garden:

*«Beautiful, green, sea views».*

Nobody said “Run!”:

*«“As if” nothing could happen to us. We are at home, consciously strong, secure, and safe. They looked like ping pong balls. There is no more fear: though the little robots have bad intentions, they have no effect on us, on our family: we are notables. The dots bounce back, as if we were ghosts, they do not have adequate tools to kill us: we are untouchable. We belong to a family of nobles and notables. My dad is relaxed because he knows nothing is going to happen. If I do something, he tells me that it’d better if I did something else. He is always right: he cannot in my shoes, he sometimes seems envious of my success. I cannot handle my family. I manage my friends only with pasta and beans».*

The dream is illustrative of Elio’s belief that they belong to a family of “untouchables”: external attacks have no effect on them. In fact, Elio needs to “deny” the sense of his own weakness, inferiority, turning the “minus” into “plus” through fictional defenses based on “reaction-formation” and on “identification with the aggressor”: he also becomes so “cocky and arrogant” exactly like his father, with whom he fight. Although he contrasts on a conscious level the pattern of pomposity inherited from his father’s family, he paradoxically uses money and the typical symbols of the “elected group”, which he says he belongs to, such as power tools, which allow him to receive social, working and sentimental recognition. Elio needs to live himself as a holder of “quality and excellence”: others cannot fail to recognize his mythical image (“*I played football by myself as a pro*”). Basically, Elio is shy and would have preferred “to be a fisherman”. What a beautiful challenge having to fight a bossy father who is now internalized and that claims to be the bearer of “truth” and “glory”!

In fact, Elio, apart from that frankly delirious and temporary stage of cocaine abuse, walks into my office with an “intergenerational lifestyle”, whose dynamics belong to the whole paternal family strain, having his grandfather and grandmother as founders. Elio claims he hates the pompous and racist manner of his “father” and “grandfather”; his grandfather, in turn, had shown the same dynamics within the family, hopelessly clipping the wings of the Elio’s father, whom he soon started to fight, reproducing the script we already know about Elio’s life. The circle closes: grandfather, father, son.

## **XVII. 2. “Sloppiness” and “childishness”: the setting and the encouragement process**

Here is a fragment of a very significant setting: the patient’s “sloppiness” (Migone, 2003; Stern et al., 1998; Stern, 2004) and the therapist’s “childishness” are interwoven. It is during these “magic

moments” of sharing that it is possible to create a relationship based on trust and cooperation of the creative couple: the “corrective emotional experience” is propaedeutic to the insight (Ferrigno, 2014).

*Elio:* Doctor, you perfectly know that I hate my father’s appearances and pomposity ... I like the essential ... the pasta and beans. Tatiana has a deep and enigmatic look that evokes ... the essential tundra of Russia ... I’m essentially like my girlfriend.

*Therapist:* but are you convinced of being essential? Do you remember what you said a few minutes ago? “I with my” Ferrari “flaming red ... when I turn up ... the waiters ... they tremble and kneel before me!”

*Elio:* Did I say that? I don’t remember that... I said that I have a Ferrari, but I don’t remember I said that I use my car to amaze and to subjugate the others ...

*Therapist:* I am positive you said that.

*Elio:* I’m not convinced, why didn’t you point that out then?

*Therapist:* Listen out: let’s make a deal? The next time you say something similar I’ll say the word ... “Tac”.

*Elio:* Okay ... “Tac” ... it will be an internal code ... between us.

*Therapist:* Who knows how many “Tac” I’ll say ...!

*Elio:* No “Tac” ... I can assure you (and laughs as a sign of play and challenge).

Ten minutes go by.

*Elio:* “Women also will” kneel in front of so much splendor. “

*Therapist (laughing):* ... “Tac” ...

*Elio (laughing):* No ... no ... I was joking, I didn’t want to say this ...

## **XVIII. Conclusions**

---

The Adlerian therapeutic process can maieutically rebuild itself in the *hic et nunc* of the setting, along the *transferale/controtransferale* axis, rebuilding new emotional structures inspired by the social feeling alternatively to the dynamics and the dummy intergenerational conflicts of the patient: the joy of life, the taste and discovery of others, the curiosity, the sense of adventure, the acceptance of the unexpected, the trust, the utopian hope. The “new and corrective” emotional experience is propaedeutic to the occurrence of the cognitive-interpretative insight.

The Adlerian therapist is therefore a new healer, a *wounded and expert dowser*, and has the task of creatively taking on his shoulders, even if belatedly, the load of the *maternal* function of “emotional restraint” and the *paternal* one of “interpretative reasoning” of the patient.

For these reasons, it is imperative to build a *creatively encouraging setting* that offers the patient the “opportunity” to live a *new emotional experience*: the patient’s “sloppiness” (Migone, 2003; Stern et al., 1998; Stern, 2004), and the therapist’s “childishness” interweave. In the *hic et nunc* of the setting a, two-way flow of emotional resonances constantly migrates from the patient to the therapist and vice versa, producing significant changes for both of them.

To keep the risk of a *soulless psychotherapy* away it is essential to find the taste of the game, of emotions, of spontaneity within the setting, that should strictly be monitored at all times. The

Adlerian therapist has, in fact, enormous ethical and deontological responsibilities generated by the indisputable mutual influence, bound to the relationship itself which, if it's well "monitored", through supervision and a strict personal analysis of the therapist, can become a powerful and indispensable tool for therapeutic change (Ferrigno, 2014).

We must never forget, as Alfred Adler says, that «In the end, Individual Psychology is an art and the real psychologist is, above all, an artist» (Adler, 1912, p. 288).

---

## REFERENCES

---

- ADLER, A. (1908). Das Zärtlichkeitsbedürfnis des Kindes. In A. ADLER & C. FURTMÜLLER. (Eds.). (1914). *Heilen und Bilden: Ärztlich-pädagogische Arbeiten des Vereins für Individualpsychologie*. München: Reinhardt. (Trad. it. a cura di G. Ferrigno e C. Canzano, Il bisogno di tenerezza del bambino. *Rivista di Psicologia Individuale*, 59, 2006, 7-15).
- ADLER, A. (1912). *Über den nervösen Charakter*. Wiesbaden: Bergmann. (Trad. it. *Il temperamento nervoso*. Roma: Newton Compton, 1971).
- ADLER, A. (1930). *Die Seele des Schwereziehbaren Schulkindes*. Monaco: Bergmann. (Trad. it. *Psicologia del bambino difficile*. Roma: Newton Compton, 1973).
- ADLER, A. (1931). *What Life Could Mean to You*. Boston: Little, Brown & Company. (Trad. it. *Cosa la vita dovrebbe significare per voi*. Roma: Newton Compton, 1994).
- ADLER, A. (1935). I concetti fondamentali della Psicologia Individuale. *Rivista di Psicologia Individuale*, 33, 5-9.
- ALEXANDER, F. ET AL. (1946). *Psychoanalytic Therapy: Principles and Applications*. New York: Ronald Press. (Trad. it. capitoli 2, 4 e 17: La esperienza emozionale correttiva. *Psicoterapia e Scienze Umane*, 1993, XXVII, 2, 85-101). Disponibile in: <http://www.psychomedia.it/pm/modther/probpsiter/alexan-1.htm>
- ANSBACHER, H. L. & ANSBACHER, R. R. (1956). *The Individual Psychology of Alfred Adler*. New York: Basic Book. (Trad. it. *La Psicologia Individuale di Alfred Adler*. Firenze: Martinelli, 1997).
- ANSBACHER, H. L. & ANSBACHER, R. R. (1964). *Superiority and Social Interest*. Evanston: Northwestern University. (Trad. it. a cura di U. Sodini e A. Teglia Sodini, *Aspirazione alla superiorità e Sentimento comunitario*. Roma: Universitarie Romane, 2008).
- BERTAN, E. G. (2008). *Prospettive costruttivistiche in Psicoanalisi*. Disponibile in: [www.pagineblupsicologia.eu/gilda.bertan](http://www.pagineblupsicologia.eu/gilda.bertan).
- BIANCONI, A. (2010). Finzione e contro-atteggiamento. *Rivista di Psicologia Individuale*, 68, 7-27.
- BIANCONI, A. & FASSINA, S. (2009). Le strategie dell'incoraggiamento nella psicoterapia con i disturbi borderline e narcisistici di personalità. *Rivista di Psicologia Individuale*, 66, 5-19.
- BONAPARTE, M. (1952). *Chronos, Eros, Thanatos*. Paris: PUF. (Trad. it. *Eros, Thanatos, Cronos*. Rimini: Guaraldi, 1973).
- BONASIA, E. (2001). La guerra, la morte e il filicidio. *Rivista di psicoanalisi*, XLVII, 2, 303-318.
- BORGNA, E. (2001). *L'arcipelago delle emozioni*. Milano: Feltrinelli.
- DINKMEYER, D. & DREIKURS, R. (1963). *Encouraging children to learn: the encouragement process*. Englewood Cliffs NJ: Prentice-Hall. (Trad. it. *Il processo di incoraggiamento*, Giunti-Barbèra, Firenze, 1974).
- DOMENICHELLI, B. (2006). Il medico e lo stupore. La "meraviglia" come gratificazione e senso dell'attività del medico. *Cardiology Science*, 4, 5-11.
- ESCHILO (VI sec. a.C.). *Prometeo incatenato*. Trad. di C. Carena. Torino: Einaudi, 1995.
- ESCHILO (VI sec. a. C.). *Prometeo incatenato*. Torino: Einaudi, 1995.
- ESIODO (VIII sec a. C.). Teogonia. in ESIODO. *Opere*. Milano: Bompiani, 2009.
- ESIODO (VIII a.C.). *Le opere e i giorni*. Milano: Garzanti, 2008.
- FASSINO, S. (2010). Finzioni e processo di cambiamento. *Rivista di Psicologia Individuale*, 68, 59-79.
- FASSINO, S. ET AL. (2005). Psicoterapia e neuroscienze: crescenti evidenze etiche. Implicanze per la Psicoterapia Individuale. *Rivista di Psicologia Individuale*, 57, 13-29.
- FERRERO, A. (2009). *Psicoterapia psicodinamica adleriana (APP): un trattamento possibile nei dipartimenti*

- di salute mentale*. Torino: Centro studi e Ricerche in Psichiatria.
- FERRIGNO, G. (1998). Controtransfert fra impotenza e onnipotenza. *Atti del 7° Congresso Nazionale SIPI «Il complesso d'inferiorità della psicoterapia»*, Torino 23-24 ottobre 1998.
- FERRIGNO, G. (2005). Il "piano di vita", i processi selettivi dello "stile di vita" e la comunicazione intenzionale implicita della "coppia terapeutica creativa": dalla "teoria" alla "clinica". *Rivista di Psicologia Individuale*, 58, 59-97.
- FERRIGNO, G. (2007). La sindrome della "bella Angelica", ovvero la giostra della vita. *Rivista di Psicologia Individuale*, 61, 3-7.
- FERRIGNO, G. (2008). La relazione empatica adleriana e la ricomposizione dell'interindividualità. *Rivista di Psicologia Individuale*, 63, 3-13.
- FERRIGNO, G. (2009). La risonanza emozionale e il "ritmo" dell'incoraggiamento. *Rivista di Psicologia Individuale*, 66, 81-91.
- FERRIGNO, G. (2010). La rete delle finzioni nella relazione terapeutica attraverso il tempo passato-presente-futuro. *Rivista di Psicologia Individuale*: 68, 95-110.
- FERRIGNO, G. (2014). Eulogy of "Childishness". Something more than Interpretation: the "Creative Couple". *Newsletter Centro de Estudios Adlerianos*, 12, 19-24.
- FERRIGNO, G. ET AL. (2006). Alfred Adler nei Verbali della "Società Psicoanalitica di Vienna" (1906-1911). *Rivista di Psicologia Individuale*. Quaderno n. 14.
- FISCHER, E. P. (1977). *Aristotele, Einstein e gli altri*. Milano: Raffaello Cortina, 1977.
- FREUD, S. (1919). Das Unheimliche. *Imago*, 5, 297-324. (Trad. it. Il Perturbante. In *Opere*, IX (pp. 81-114), Torino: Boringhieri, 1977).
- GALIMBERTI, U. (2001). *Gli equivoci dell'anima*. Milano: Feltrinelli.
- GALIMBERTI, U. (2005). *La casa di psiche. Dalla psicoanalisi alla pratica filosofica*. Milano: Feltrinelli.
- GALLESE, V. (2005). Embodied Simulation: from Neurons to Phenomenal Experiences. *Phenomenology and the Cognitive Sciences*, 4, 23-48.
- GUY, J. D. (1987). *The personal life of the psychotherapist*. (Trad. it. *La vita privata e professionale dello psicoterapeuta*. Torino: Centro Scientifico Editore, 1994).
- KANDEL, E. R. (1998). A New Intellectual Framework for Psychiatry. *American Journal of Psychiatry*, 55, 457-469.
- MEZZENA, G. (1999). Momenti magici di percorsi analitici. *Rivista di Psicologia Individuale*, Suppl. al n. 44.
- MIGONE, P. (2003). Riflessioni sulla linea di ricerca di Daniel Stern. *Il Ruolo Terapeutico*, 92, 54-62.
- MOSELLI, P. (Ed). (2008). *Il guaritore ferito. La vulnerabilità del terapeuta*. Milano: Angeli.
- PANCHERI, L. & PAPARO, F. (2003). Fattori terapeutici specifici e comuni in psicoanalisi: il self-righting. *Rivista di psichiatria*, 38, 105-116.
- PASCOLI, G. (1903). *Miei pensieri di varia umanità*. Messina: Muglia.
- PASOLINI, P. P. (2001). *Per il cinema*. Milano: Mondadori.
- PIAGET, J. (1923). *Le Langage et la pensée chez l'enfant*. Neuchâtel & Paris: Delachaux et Niestlé.
- RIZZOLATTI, G. & SINIGAGLIA, C. (2006). *So quel che fai. Il cervello che agisce e i neuroni specchio*. Milano: Raffaello Cortina.
- ROVERA, G. G., DELSEDIME, N., FASSINO, S. & PONZIANI, U. (Eds). (2004). *La ricerca in Psicologia Individuale*. Torino: CSE.
- RÜPING, M. K. (1990). Transfert, controtransfert e resistenza. *Individual Psychology Dossier-II, Saiga*, 77-100.
- SANT'AGOSTINO (400 d. C.). *Confessionum Libri XIII*. (Trad. it. *Le confessioni*. Torino: Einaudi, 1966).
- SANT'AGOSTINO (413-426 d. C.). *De Civitate Dei*. (Trad. it. *La città di Dio*. Milano: Rusconi, 1984).
- STERN, D. N. ET AL. (1998). Non-interpretive mechanisms in psychoanalytic therapy: The "something more" than interpretation. *The International Journal of Psychoanalysis*, 79, 903-921.
- STERN, D. N. (2004). *The present moment in psychotherapy and everyday life*. New York: Norton. (Trad. it. *Il momento presente*. Milano: Raffaello Cortina, 2005).
- STROGATZ, S. (2003). *Sync: The Emerging Science of Spontaneous Order*. New York: Hyperion. (Trad. it. *Sincronia. I ritmi della natura, i nostri ritmi*. Milano: Rizzoli, 2003).
- TILLE, W. A., McC RATY, R. & ATKINSON, M. (1996). Cardiac Coherence. A New, non Invasive Measure of Autonomic Nervous System Order. *Alternative Therapies*, 2, 52-65.
- VALERI, V. (1979). Gioco. In *Enciclopedia*, vol. 6. Torino: Einaudi.

## CONFLITTI INTERGENERAZIONALI E PSICOTERAPIA: QUALCOSA IN PIÙ DELL'INTERPRETAZIONE

GIUSEPPE FERRIGNO

### I. Introduzione

Questa ricerca si ispira ai concetti adleriani di mente relazionale, di individuo inteso come fenomeno temporale e di compensazione dinamica. Essa intende porsi come riflessione comparativa con l'approccio intrapsichico e solipsistico caratterizzante il modello classico freudiano, in cui la mente è una mente isolata, statica e causalisticamente rivolta verso un passato fisso, imm modificabile, ciclico.

I miti dell'antica teogonia di Esiodo e dell'Olimpo greco sono ripresi come fonte inesauribile di spunti concettuali: basti pensare al mito di Urano, Crono, Zeus, Tantalo le cui vicissitudini di conflitti, aggressività e violenza portano il segno di ferite sanguinanti che si ripetono all'infinito con una regolarità ricorrente.

Sul piano clinico ci chiediamo come debba essere costruito un *setting* terapeuticamente incoraggiante e curativo con pazienti che, come Urano, Crono, Zeus, Tantalo, sono portatori inconsapevoli di "schemi di appercezione finzionali cognitivo-emotivi" stabilmente stratificati e cristallizzati, che si esprimono sotto forma di conflitti e di ferite intergenerazionali, che si ripropongono fittiziamente sempre nel medesimo modo e sempre secondo il medesimo copione.

La relazione terapeutica che si sviluppa in un *setting* creato esclusivamente sul versante cognitivo-interpretativo e, quindi, sull'interpretazione del transfert, ha come punto di forza finalistica lo smantellamento delle finzioni rafforzate.

Ma noi ci chiediamo se un *setting* di tipo esclusivamente interpretativo possa essere incoraggiante al punto giusto da accendere quei "cambiamenti" atti ad edificare un *piano di vita* rinnovato e disposto sul "versante utile" della vita.

### II. Alfred Adler e la mente relazionale

La mente adleriana, in ogni caso, è una mente relazionale e già nel 1911 assistiamo all'allontanamento di Alfred Adler dalla *Società Psicoanalitica di Vienna* (Ferrigno et al., 2006) proprio con il passaggio da un orizzonte epistemologico basato esclusivamente sull'intrapsichico e, quindi, su una concezione solipsistica del soggetto, a una visione dell'individuo indivisibile concepito come una rete di dialoghi e di scambi interpersonali, intersoggettivi, interindividuali con l'altro da Sé.

Ai primi del XX secolo Alfred Adler propone un modello innovativo ed ereticamente rivoluzionario di vita psichica relazionale, ermeneuticamente cognitiva, ma al contempo affettiva.

La Psicologia Individuale, quindi, seguendo la vocazione eminentemente relazionale del suo maestro, enfatizza la primarietà del bisogno (*Bedürfnis*) (Ferrigno, 2008, 2009), sperimentato dal

bambino fin dai primi vagiti, di ricevere delicatezza (*Zärt*), affetto, amore, carezze, legame, contatto da parte del *caregiver*, che si prende cura di lui. Il *caregiver* è investito, quindi, di una fondamentale e insostituibile responsabilità: fertilizzare e concimare il fragile terreno infantile con attenzioni, cure e traffici emozionali intersoggettivi (Stern et al., 1998; Stern, 2004). Il bambino, soltanto se riesce a nutrirsi di affettuosità e di tenerezza “disinteressate”, potrà acquisire il linguaggio dell’“amore senza condizioni” (Adler, 1908).

### **III. Alfred Adler e l'approccio ideografico**

Il modello adleriano è un modello relazionale e fenomenologico e come tale l'approccio epistemologico elettivo è di tipo ideografico in quanto studia l'individuo nella specificità unica e irripetibile del proprio stile di vita, inteso come coerente “risultato” dinamico di vari fattori che s'intrecciano creativamente: natura, cultura e interpretazione soggettiva.

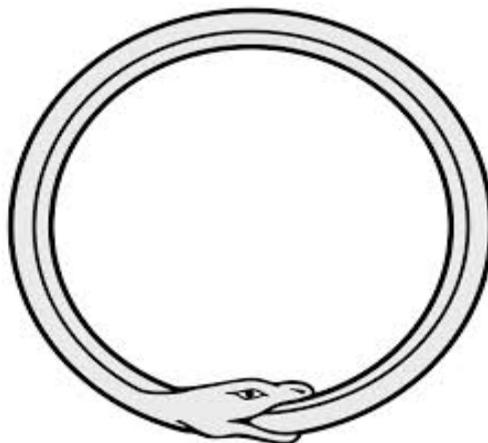
In questo senso, mentre la formulazione adleriana del concetto di *Sé creativo* sembra confacente a un orientamento di tipo ideografico, l'approccio nomotetico si adatta con maggiore facilità al modello intrapsichico freudiano, il quale tende a studiare i fenomeni secondo una regolarità ciclica che viene applicata al soggetto indipendentemente dalla propria storia personale o sociale (Ansbacher & Ansbacher, 1956).

In un approccio nomotetico gli elementi generali partono da un'ipotesi prevedibile che universalmente si ripresenta nelle medesime circostanze e in tutti gli individui indistintamente: ricordiamo la costanza delle varie fasi e sottofasi caratterizzanti la teoria stadiale di Piaget (1923), così come l'organizzazione sessuale freudiana che prevede con regolarità rettilinea il sopraggiungere del complesso di castrazione, del complesso di Edipo, del periodo della latenza, a prescindere dalle singole differenze individuali.

### **IV. Alfred Adler fra tempo lineare e tempo ciclico: il tempo spiraliforme**

Prometeo, donando agli uomini fragili, silenziosi e tristi il segreto vitale del fuoco e della tecnica, illumina di luce le tane tenebrose in cui essi vivevano, elargendo soprattutto un'altra temporalità di natura prospettica, lineare, progressiva. La temporalità inaugurata da Prometeo, come dice Eschilo nel VI sec. a. C., è quella del “tempo che invecchia” (v. 981), rafforzato dal perseguimento di un bersaglio immaginato e pre-visto per il futuro: tramonta il concetto di tempo concepito come ritorno circolare su se stesso, come viene mirabilmente emblemizzato dall’“Uroboro”, il serpente che si mangia la coda (Figura 1).

Figura 1 – Uroboro



I Greci consideravano il tempo come *kýklos*, come un ciclo in cui ogni evento è destinato a ripetersi. Nel tempo circolare il fine raggiunto coincide con la fine di tutto, poiché quando lo scopo è “raggiunto” esso è ormai consumato. Il termine *scopo* deriva dal greco *scopéo* (che indica l’azione dell’aver anticipatamente in vista qualcosa, del prevedere, del guardare mirato, del progettare) (Galimberti, 2005) e rinvia a una meta, a un bersaglio, a un oggetto sul quale gli occhi si fissano anticipatamente.

Il conseguimento dello scopo nel tempo circolare attiva un infinito ed eterno movimento “nostalgico” che, replicando il medesimo cerchio già disegnato nel passato, preannuncia sempre un identico epilogo, confermato come *eterno ritorno*. Il ciclo così si conserva immutabile per l’eternità. Il *télos*, l’esito, lo scopo che lo contrassegna, non si apre verso aspettative di tipo creativo, in quanto la temporalità non è altro che pura e semplice costanza del ciclo le cui fasi si susseguono necessariamente e sempre nello stesso modo.

Nel ciclo il *télos*, il fine, coincide con la *fine*: la forza propulsiva, in greco *enérghēia*, porta all’attuazione dell’*érgon*, dell’opera, di ciò che è già compiuto (Galimberti, 2005). Il ciclo racchiude l’esplicitarsi dell’implicito come nel seme, in cui è potenzialmente presente il frutto. Nel ciclo non c’è *progresso*, ma solo *ripetizione ossessiva*. È importante, in questo modo, la memoria dei cicli passati per prevedere il futuro; per questo motivo nel tempo ciclico assumono enorme rilevanza i vecchi saggi, gli anziani, che diventano i custodi del sapere e della conoscenza, così come l’atto educativo coincide con la trasmissione di memoria e di esperienza (Galimberti, 2001, 2005).

Già lo storico Tucidide, introducendo nella visione ciclica il concetto delle tre dimensioni storiche, conferisce in maniera innovativa un’accezione svecchiata al “presente”, inteso come sintesi e punto di arrivo del passato e contemporaneamente punto di partenza del futuro, tratteggiando una configurazione temporale triangolare nella quale il presente costituisce la base che racchiude tanto il *passato* quanto il *futuro*.

Non ci troviamo più di fronte alla concezione fatalistica di Erodoto, per il quale la storia è un susseguirsi di avvenimenti collegati fra loro il cui corso è indirizzato soprattutto dal *fato*, dal volere degli dei, dalla *túke*, in una visione passivamente catastrofica del libero arbitrio dell’uomo, non lontana dal modello omerico. Nei poemi di Omero il “destino” coincide con l’ineluttabilità

espressa dal termine “anánke” che significa “necessità, costringimento” (dalla radice indoeuropea \**anek*). Ricordiamo ancora con grande turbamento la bellissima scena dell’Iliade in cui Ettore accetta il proprio “destino”: egli chiude il cerchio costruito da sempre dal fato andando incontro alla morte nel memorabile e da sempre predestinato duello con lo spietato Achille.

Sant’Agostino nella “Città di Dio” continua il dibattito sulle due concezioni opposte del tempo, la ciclica e la lineare (Sant’Agostino, 413-426). L’eterno ritorno dell’uguale è considerato una trappola “statica” per l’uomo il quale si trova ingabbiato in una sorta di indistruttibile “coazione a ripetere”. L’individuo di fronte al conflitto tra arbitrio e destino ha sempre cercato di armonizzare il tempo ciclico della natura col tempo scopico tipicamente umano per dotare di senso la propria esistenza. Il tentativo di trovare un equilibrio nel dualismo tra libertà e necessità ha dovuto sempre fare i conti con i limiti posti dalla natura, primo fra tutti il limite della propria mortalità, e quindi della propria inferiorità: la tracotanza, la *úbris*, rappresenta il peccato riconosciuto in assoluto come il più grave dalla saggezza greca.

Nel tempo ciclico nulla può accadere che non sia già avvenuto, niente di creativo si deve attendere se non ciò che deve ritornare: si assicura in questo modo l’eternità del ciclo. Ancora una volta l’Uroboro, il serpente che si morde la coda, riesce a raffigurare perfettamente l’essenza della ciclicità statica del tempo così come era concepito dal mondo greco classico.

In ogni caso, al tempo ciclico e al tempo scopico, lineare, come abbiamo visto, è affiancabile il concetto tipicamente greco di *kairós*, il tempo opportuno, l’attimo (“now moment”, direbbe Stern, 2004) che va colto assolutamente: soltanto l’imprevisto consente all’essere umano di uscire dal buio della “necessità” attraverso un equilibrio fra tempo ciclicamente naturale e tempo umano, linearmente scopico.

## **V. Il tempo adleriano spiraliforme e Giano bifronte**

Spezzare il cerchio dell’eterno ritorno significa aprirsi a una temporalità adleriana di natura spiraliforme, che ha la forza di proiettarsi verso orizzonti creativamente nuovi, in costante trasformazione. In realtà, il tempo adleriano è il tempo del progetto, della speranza: una sintesi fra il tempo ciclico di Crono e il tempo linearmente prospettico del Cristianesimo.

I Greci, come sopra accennato, utilizzavano due termini differenti per connotare il concetto di tempo, *crónos* e *kairós*. “Cronos” era il tempo logico, sequenziale, quantitativo; “kairós” connotava il “tempo nel mezzo”, il tempo in cui qualcosa di “speciale” doveva essere colta come nel motto eracliteo “panta rei” e nel “Quant’è bella giovinezza che si perde tuttavia, chi vuol essere lieto sia del doman non c’è certezza” di Lorenzo il Magnifico. Se *crónos* indica il tempo nelle sue triplici estensioni di *passato*, *presente* e *futuro*, denotando lo scorrere inesorabile delle ore, *kairós* designa il tempo conveniente, la buona occasione, il momento propizio, opportuno.

Come dice Sant’Agostino (400 d. C.) ne “Le confessioni” esistono tre presenti: il “presente del passato” che vive nella dimensione del ricordo, e quindi, del “non più”, il “presente del futuro”, che vive nella dimensione del “non ancora” e il “presente del presente” sdruciolevole, che vive nella dimensione dell’intuizione, dell’intenzionalità, della relazione con la mente e il cuore degli altri.

Il presente non è immobile e statico, perché altrimenti sarebbe eternità: si tratta di un presente

dinamico transeunte, fluido, scorrevole, sfuggente e scivoloso come la sabbia della clessidra. Il tempo adleriano, in ogni caso, è un tempo dinamico, spiraliforme in continuo fluire, un tempo in costante e infinita trasformazione che non consente di bagnarsi due volte, o persino una sola volta, nelle medesime acque del medesimo fiume, in quanto tutto cambia, scorre, si trasforma, muore, il che contrasta con l'immobilismo statico, imperturbabile ed eternamente ciclico del regno di Crono, il dio del tempo circolare cristallizzato.

Il dio adleriano per eccellenza, infatti, potrebbe essere soprattutto il dio romano Giano bifronte, il dio del passaggio, del divenire, del limite, della soglia, della continuità, che sta sempre al limite fra il passato e l'avvenire, il custode della casa con un volto che guarda all'interno ed un volto che guarda all'esterno, con un volto al passato, al "non più", e con un volto "al non ancora" del futuro.

Il tempo adleriano scandisce e giustifica la precarietà dell'uomo, la sua vulnerabilità, la sua inferiorità, in quanto lo mette direttamente in contatto con l'inevitabile propria natura mortale e finita, con il concetto di fine di tutto, di movimento trasformativo, insomma di *morte*.

La morte può essere rimossa, smentita fittiziamente, negata, sfidata col rischio di macchiarsi di *tracotanza*, di *úbris*, o sublimata, purificata, nobilitata, raffinata finzionalmente attraverso dinamismi compensatori che, a seconda dell'intensità del sentimento sociale, possono appagare il bisogno d'infinito, di perfezione, di superiorità, d'eternità.

L'inesauribile dinamismo dialettico, infinito e paradossale, *minus/plus*, *inferiorità/superiorità*, *imperfezione/perfezione*, *mortalità/eternità* consente al soggetto attraverso un continuo movimento compensatorio di superare il sentimento insostenibile di precarietà, di fragilità, d'inferiorità, di mortalità. Nel "Perturbante" Freud (1919) dice: «A molti uomini appare perturbante in sommo grado ciò che ha rapporto con la morte».

## **VI. La teogonia di Esiodo e la ciclicità intergenerazionale secondo il modello nomotetico**

La storia dell'umanità, secondo la "Teogonia" di Esiodo (VII sec. a. C.), comincia con un atto di violenza (Tabella 1): l'evirazione di Urano, dalle gocce del cui sangue cadute sul suolo è fecondata la madre terra che dà alla luce le Erinni, i Giganti e le ninfe Meliedi. Il conflitto, "padre-figlio", basato sulla violenza ciclica, come vedremo, si ripeterà periodicamente come *espediente* compensatorio finalizzato ad eternizzare la percezione di un potere assoluto personale e come difesa finzionale dall'insopportabile emozione legata all'invecchiamento, alla trasformazione, alla finitudine, alla morte. Ma ritorniamo all'alba dell'umanità.

Urano, il cielo, il dio primigenio dell'antica Grecia, figlio di Gea, la madre terra, si congiunge con la stessa mettendo al mondo i Titani, divinità mostruose, nei cui confronti egli prova un'immensa ripugnanza mista a diffidenza e sospetto al punto che egli, appena Gea li ha partoriti, non tollerando l'idea che possano crescere liberi, sereni e felici, li imprigiona nel ventre della terra. L'ultimo nato, Crono, quindi il Pollicino di turno, (*Crónos* in greco = tempo) il dio del tempo, su istigazione dell'ingannatrice madre Gea, si ribella a questa condizione di sudditanza e di violenza inaudita ed evira il padre Urano prendendone brutalmente il posto.

Crono, il dio del "tempo ciclico" che divora ogni cosa, diventa quindi il sovrano assoluto e, per impedire che si realizzi la profezia che paradossalmente prevede che i propri figli a loro volta

circolarmente lo possano spodestare, li divora a titolo precauzionale appena sono stati partoriti dalla moglie Rea, obbligandoli, come aveva fatto Urano, a rimanere incarcerati questa volta, in modo onnipotente, nella “propria pancia” non in quella della madre infedele.

Tabella 1



## VII. Il complesso di Urano è il medesimo complesso di Crono

Crono, quindi, divora e distrugge ciò che ha generato e chi lo ha generato: è stato figlio spaventato e ossessionato dal padre Urano e diventa a sua volta padre impaurito, assillante, spaventoso e snaturato: anche lui si rifiuta di far crescere i figli, trattenendoli a sé e nel proprio “affettuoso” abbraccio li stritola, li uccide. Crono chiede, ma non sa donare, non offre nulla di sé. È un predatore, non è veramente interessato agli altri, da cui reclama devozione totale, aspira ad essere servito, ma a non servire nessuno.

Crono rappresenta il figlio privo di padre, avendo egli in persona castrato e depotenziato per vendetta e su istigazione della stessa ingannatrice madre Gea il proprio dispotico padre Urano. Crono, ex bambino ferito, inerme e impotente, da adulto diventa *pre-potente* e indirizza la propria energia a carpire e ad assorbire, come a sua volta aveva fatto il padre Urano, l’energia positiva dei figli, per poi distruggerla; la sua vita passa dall’odio all’invidia, dall’ossessione paranoica alla smania di possedere tutto. Ancora una volta interviene il fato: come abbiamo visto più sopra, un oracolo predice a Crono che avrebbe avuto la stessa sorte del padre Urano, in quanto un figlio lo avrebbe spodestato, per questo motivo, terrorizzato da questa profezia, egli ingoia sospettosamente, tutti i figli partoriti da Rea, la quale, ciclicamente, come aveva fatto Gea, esasperata e bramosa di vendetta, dopo essersi consultata con i suoceri, Urano e Gea, cattivi consiglieri, tenta di salvare il figlio Zeus, consegnando a Crono un fagottino contenente una pietra, che lui naturalmente mangia: così Zeus è salvo.

A questo punto inizia un nuovo “ciclo” identico a quello precedente. Quando Zeus diventa

grande, forte e vigoroso, costringe il padre Crono a vomitare tutti i figli ingoiati, iniziando insieme a loro una lunga e sanguinosa guerra decennale che si conclude con la vittoria di Zeus, che prende il posto del padre detronizzato, che precipita nel Tartaro dove è incatenato. Il cerchio si chiude?

Apparentemente Zeus è il figlio che riesce a spezzare la catena circolare di delitti e di misfatti delle due generazioni precedenti in quanto si limita a isolare il padre pericoloso, Urano, scaraventandolo nel Tartaro e rinunciando a mutilarlo o a ucciderlo. Vedremo che in realtà non è così. Sappiamo, infatti, che anche Zeus, il cui *sentimento sociale e il cui bisogno primario* d'affetto non sono stati mai coltivati e fertilizzati con adeguati scambi amorevoli dai rispettivi genitori, si trasforma, una volta divenuto adulto, in un padre ossessivo, dispotico, violento e falso.

Basti pensare ai suoi numerosissimi tradimenti durante i quali camuffa le abituali sembianze rendendole ingannevolmente irriconoscibili (si trasforma in toro, in pioggia, in cigno): un suo figliolo, Tantalò, infine, ripeterà, come vedremo più avanti, lo schema circolare che in realtà appartiene all'intero ceppo familiare.

Urano, Crono e Zeus sono padri autoritari, narcisisti, autocentrati, fundamentalmente deboli, insicuri e spaventati dalla propria fragilità e mortalità, assolutamente privi di un sentimento sociale mai fertilizzato: essi non possono che originare nei figli analoghi sentimenti conflittuali che oscillano dall'onnipotenza all'esclusione, dall'odio alla rabbia e all'emarginazione e, quindi, all'inferiorità.

Tutte queste emozioni e sentimenti negativi non sono alimentati da un sano sentimento sociale e, quindi, possono soltanto essere compensati sul "lato inutile" della vita attraverso uno sfrenato bisogno di rivalsa, di vendetta, di ostentazione di superiorità, di competizione esasperata, di assunzione di rischi temerari, di culto del potere, di ambizione smodata, di slealtà truffaldina, di violenza, di aggressività.

Urano e Crono non sono stati in grado insieme alle rispettive mogli, Gea e Rea, di soddisfare e di concimare il naturale e primario bisogno di affetto, di coccole, di attenzioni, di tenerezza (*Zärtlicheinbedürfnis*) dei loro figli, che sono cresciuti nel buio solipsistico delle caverne materne o nelle viscere simbiotiche della pancia paterna (Ferrigno, 2008, 2009).

Occorre che i genitori, dopo aver bendato e medicato adeguatamente le proprie ferite infantili, imparino ad essere creativi nell'educazione per non ripetere, attraverso finzionali meccanismi di identificazione con l'aggressore, gli schemi che hanno subito da piccoli o per scongiurare il pericolo di proporre l'opposto di quanto hanno fatto i propri genitori, generando paradossalmente nei figli le medesime angosce che scaturiscono da dipendenza genitoriale. *Padri e madri sono spesso cattivi educatori, se sono stati educati male*: il sentimento sociale ha solo bisogno di essere coltivato con cura e regolarità.

### **VIII. Il complesso di Crono è il medesimo complesso di Zeus**

Abbiamo visto che la catena di conflitti intergenerazionali dell'Olimpo greco non si spezza definitivamente con Zeus che scaraventa Crono nel Tartaro. Secondo la versione più comune del mito, Tantalò, figlio di Zeus e di Plutò, divenuto re di Lidia o di Frigia, a sua volta, si macchia di comportamenti sleali, dissennati e violenti come sleali, dissennati e violenti erano stati il bisnonno Urano, la bisnonna Gea, il nonno Crono, la nonna Rea e infine il padre Zeus: Tantalò, povero di sentimento sociale, ruba agli dei l'ambrosia e il nettare per donarla ai propri sudditi, rapisce Ganimede e si rende artefice di

azioni efferate e crudeli in spregio al rispetto dei più elementari principi di *xenia*, d'ospitalità.

Tantalo, infatti, curioso di sapere se gli dei fossero al corrente di tutte le azioni compiute dai mortali, ripete per altre motivazioni il modello utilitaristico, sleale e violento nei confronti dei rispettivi figli messo in atto ed esibito già dal padre Zeus, dal nonno Crono, dal bisnonno Urano, dalla bisnonna Gea e dalla nonna Rea. Tantalo taglia a pezzi il proprio giovane figlio Pelope e durante un immondo banchetto offerto agli dei lo dà in pasto ai commensali. Il cerchio ancora una volta si chiude.

La catena intergenerazionale di conflitti, sangue e violenze sarà spezzata definitivamente soltanto dall'esemplare punizione a cui è sottoposto Tantalo che a memoria eterna del suo misfatto sarà gettato nell'Ade dove, legato a un albero, non potrà cibarsi né bere nonostante sia circondato da cibi prelibati e da acqua.

### **IX. Il mito fra “modello ideografico adleriano” e “modello nomotetico freudiano”**

Sia il cosiddetto “complesso” di Tantalo sia il “complesso” di Zeus non sono altro che il medesimo “complesso” che affliggeva Crono, che soffre dell'identico “complesso” che tormentava Urano: uno schema di comportamento, in cui emozioni e sentimenti negativi s'intrecciano, cristallizzandosi e, quindi, trasmettendosi all'infinito di padre in figlio: il tutto si eternizza, così, in uno stile di vita, che potremmo definire, intergenerazionale.

I miti dell'Olimpo, come le storie e i “miti finzionali” raccontati dai nostri pazienti, vanno analizzati e interpretati, quindi, nei vari nessi e collegamenti con la costellazione familiare in un'ottica intergenerazionale, secondo un approccio che privilegi la *soggettività ideografica* più che la *generalità nomotetica*.

Secondo il *modello pulsionale nomotetico*, la genealogia esiodea non fa che riproporre il ricorrente complesso di castrazione e il conseguente triangolo edipico padre, madre, figlio.

Secondo il *modello ideografico adleriano*, invece, potremmo individuare in codesta stirpe olimpica, avente Urano come capostipite, un “mal” superato sentimento di fragilità ontologica. Nonostante ci troviamo al cospetto di divinità, l'intera dinastia sembra che sia attraversata trasversalmente da un pensoso sentimento di inferiorità che si manifesta sotto la forma di uno *stile di vita intergenerazionale*, caratterizzante l'intero ceppo familiare: l'insicurezza e l'inferiorità, in codesta stirpe divina, sono compensate da un'onnipotenza narcisistica finalizzata a sfidare la *mortalità* e la *finitudine* della condizione umana.

Sappiamo perfettamente che le divinità greche rappresentano lo specchio simbolico dei bisogni che caratterizzavano i dispotici sovrani delle piccole “città stato”, le *polis* greche: sovrani falsi e bugiardi, litigiosi e prepotenti, come falsi, bugiardi, litigiosi e prepotenti sono le divinità “amoralì” dell'Olimpo, lacerate alla stessa stregua degli esseri umani da passioni sfrenate come l'invidia, la collera, la vendetta, l'ambizione incontrollata e il bisogno travolgente d'eternità.

A volte il desiderio d'eternità, il *plus* “senza misura”, è completamente svincolato e scisso dal suo polo opposto, il *minus*, da cui parte la spinta compensatoria, il “minus” legato all'angoscia di finitudine e di morte. Attraverso una *difesa fittizia*, basata sulla negazione del tempo lineare (Marie Bonaparte, 1952), il soggetto si autocostruisce, quindi, un *espediente di salvaguardia* che gli consente di sfuggire alla paura e al dolore per la propria morte.

## **X. I topoi ricorrenti nella “Teogonia” esiodea fra “compensazione” e “carenza di sentimento sociale”**

Nella Teogonia esiodea, di cui si è prima argomentato, assistiamo, quindi, alla presenza di tre fattori che s'intrecciano reciprocamente: 1. il fato prevale sul libero arbitrio; 2. padre e madre compiono abitualmente gesti che rivelano assenza di sentimento sociale; 3. lo schema educativo-affettivo genitoriale si ripete ciclicamente nel corso delle varie generazioni.

Ci sono naturalmente varianti alla presenza dei tre fattori menzionati, ma emerge, in ogni caso, la carenza di “sentimento sociale” nei *caregivers* che si prendono cura del neonato, il tutto accompagnato dall'incapacità di attivare un fecondo “traffico intersoggettivo” – direbbe Stern (2004) – fra la mente e il cuore del genitore e la mente e il cuore del bambino. Il tutto è sigillato dalla presenza costante e compensatoria di “espedienti difensivi di salvaguardia”, di natura finzionale, come la “negazione”, la “scissione”, l’“identificazione con l'aggressore”, l’“identificazione proiettiva”. I due poli dialetticamente antitetici caratterizzanti la condizione umana (il sentimento di fragilità, di mortalità e la compensatoria “speranza onnipotente” d'immortalità) sono nettamente disgiunti, scotomizzati, attraverso la “negazione” del tempo lineare: espediente finzionale difensivo che protegge il soggetto dalla paura e dal dolore per la propria “fine”.

Potremmo, quindi, interpretare il mito di Urano che stermina i propri figli e parallelamente il mito di Crono che li “mangia” come l'espressione di una fantasia onnipotente di eternità, scissa dal suo polo opposto, il sentimento di fragilità e di mortalità: Crono, proprio il dio della temporalità indistruttibile, nel tentativo folle di “fermare” lo scorrere inesorabile del tempo che testimonia la propria transitorietà, non trova altra via d'uscita che quella di trucidare i propri figli, allontanando così il pensiero avvilente del fluire inesorabile delle generazioni «che nascono, muoiono e nascono. Fantasia di eternità fallimentare, perché comunque uno Zeus ne denuncerà il limite. [...] la nuova vita dei figli evoca, come si conviene a tutti i castelli, gli spettri della morte per i genitori-castellani che dovranno cedere il posto. Abbiamo visto come in numerosi miti ricorra la profezia che il figlio ucciderà il padre e ne prenderà il posto: se questa uccisione può essere letta in termini edipici, così come tradizionalmente si è fatto, essa può essere intesa *anche* come metafora del fatto che il figlio necessariamente testimonia ai genitori il passar del tempo e quindi l'inevitabilità dell'invecchiamento e della morte. Diventare genitore è aprirsi al mondo dell'adulità e quindi della morte. Per chiarire questo concetto riferirò le parole di un bambino il quale, dopo la morte del nonno, incominciò a rifiutare il cibo. Alla madre che gliene chiedeva le ragioni rispose: “Non mangio, perché non voglio diventare grande: essere adulti non è bello, perché dopo si muore”» (Bonasia, 2001, p. 313).

Il sentimento di generatività dona, invece, l'esperienza magica del sentirsi attraversati dalla vita: è espressione del *sentimento sociale sub specie aeternitatis*, come direbbe Adler (1931).

## **XI. L’“Uroboro” e “Mamma Roma”, l'eterno ritorno: di chi è la colpa?**

Ettore, protagonista del film di Pier Paolo Pasolini “Mamma Roma” (Anna Magnani), è un giovane adolescente la cui storia s'ispira a un fatto di cronaca. Il regista dichiara: «Avrei scritto della morte a *Regina coeli* del ragazzo diciottenne Marcello Elisei. È un fatto che ancora non riesco a

sopportare e ogni volta chi ci penso devo ricacciare le lacrime in gola. Non so come avrei scritto un articolo su questa orribile morte. Non sono giornalista. Ma certamente è un episodio che inserirò in uno dei racconti che ho in mente» (Pasolini, 2001, Vol. II, p. 3050).

L'intenzione di Pasolini si concretizza nella sceneggiatura del film "Mamma Roma". Mamma Roma, quarantenne, prostituta, avendo un figlio, Ettore, di sedici anni, decide di ritirarsi e, alla ricerca di una rispettabilità borghese, acquista una rivendita al mercato di fruttivendola e un appartamento nell'estrema periferia di Roma, simbolo del proprio riscatto sociale.

Ma il passato torna a battere alla porta e Carmine, il pappone, obbliga Mamma Roma a tornare a battere. Ettore scopre il vero mestiere della madre e incomincia a frequentare una compagnia di balordi: lo arrestano, lo mettono in prigione e nel vaneggiamento delirante della febbre, legato a un letto di contenzione, muore come un passerottino alla stessa stregua del "Cristo morto" del Mantegna.

Ma di chi è la colpa di tutto questo?

Ecco il monologo/dialogo originale tratto dalla sceneggiatura del film, mentre Mamma Roma "batte" lungo il "viale delle anime perse":

*«Biancofiore: Cin... Cin...*

Poi porge la bottiglia a Mamma Roma, che, finalmente, si decide, la prende, e succhia una sorsata che non finisce mai.

*Biancofiore: Bevi, bevi, ecco così, brava! Ecco... Manda a fa' l'erba a chi dice che semo donnacce!*

*Mamma Roma: Perché tu fai 'sta vita? Chi è responsabile? Manco lo sai te!*

*Biancofiore: Boh! Ciài trent'anni de carriera, me lo venghi a domandà a me?*

*Mamma Roma: Lo sai che la colpa è tutta tua?*

*Biancofiore: Ah, venghi bene!*

*Mamma Roma: De quello che ognuno è, la colpa è solo sua, lo sai sì?*

*Biancofiore: Embè, è 'na cosa capita! Che, vòì fa' la spia?*

*Mamma Roma: Sì, ma il male che fai te, per colpa tua, è come 'na strada, dove camminano pure l'altri, pure quelli che nun ciàno colpa!*

*Biancofiore: Eh, porello, Ettore! Quann'è venuto ar mondo certo che lui nun ce voleva camminà, pe' 'sta strada! Sta sicura! Ma chi t'ha messo in testa tutte 'ste fregnacce?*

Mamma Roma, ubriacata da tutto quel cognac che ha ingollato in un fiato, scoppia in una angosciosa risata: Un prete! Me pareva 'na Bibbia vivente!

Mamma Roma tace un po', e ridiventa seria, cupa, stravolta.

*Mamma Roma: Nun ho voluto ricomincià da zero! Che te credi, che nun l'ho capita? Li mortacci tua e de 'sto cognac, m'hai fatto ubbriacà!*

*Biancofiore: Addio, te saluto!*

Biancofiore rallenta e si ferma, ritornando poi sui suoi passi verso le compagne.

*Biancofiore: Fatteli da sola, 'sti esami de coscienza!*

Mamma Roma continua a camminare da sola. E, siccome è davvero un po' ubriaca, parla a voce alta fra sé, facendo una smorfia di dolore e comprimendosi la pancia.

*Mamma Roma:* Ahi oddio, che mal de panza! Ma che me so' magnato? Er grasso der core!

Camminando, si affianca a un giovanotto, un moretto.

*Pittoretto:* A ventriloqua!

*Mamma Roma:* Che, sei un cliente mio, te?

*Pittoretto:* No, io so' de la Juventus!

*Mamma Roma:* N'ho avuti tanti ormai, chi se li ricorda? Mica so' l'Anagrafe! Er primo è stato mi' marito, er padre de Ettore...

*Pittoretto:* Perché? Hai trovato pure marito?

*Mamma Roma:* Era un giovanotto che ciaveva le sette bellezze...

*Pittoretto:* Sì, pure la rota de scorta!

*Mamma Roma:* Quando se semo sposati, eravamo venti persone... Semo iti in chiesa uno alla volta, il primo è partito a le nove, e l'ultimo a mezzogiorno... Partivamo staccati dieci minuti uno dall'altro pe' nun dà nell'occhio... Perché mi' marito era ricercato da la Polizia... Come se semo sposati nun ha fatto in tempo a dì de sì, che le guardie l'hanno preso... So' rimasta lì, su l'altare: vergine!

*Pittoretto:* Il brutto era se rimanevi sverginate, come Rosina!

*Mamma Roma:* E sai perché mi' marito, er padre de Ettore, era un farabutto?

*Pittoretto:* Boh, so' cavoli sua!

*Mamma Roma:* Perché la madre era 'na strozzina, e er padre un ladrone.

*Pittoretto:* Perché allora la madre era 'na strozzina e er padre un ladrone?

*Mamma Roma:* Perché er padre della madre era un boia e la madre della madre era 'n'accattona, e la madre der padre 'na ruffiana e er padre der padre 'na spia!

*Pittoretto:* Dio libberaci dal male!

*Mamma Roma:* Tutti morti de fame, ecco perché! Certo, se ciavevano i mezzi, erano tutte persone per bene! E allora, de chi è la colpa? La responsabilità?

Le si affiancano, con violenza, due giovincelli. Sono il Roscio e l'amico del Roscio: se la guardano un po' in silenzio, e poi il Roscio sbotta:

*Roscio:* Aòh, a mora, che hai chiuso bottega?

*Mamma Roma:* No, faccio pure li straordinari!

*Roscio:* 'Namo!

*Mamma Roma:* De chi è la colpa?

*Roscio:* De l'Uccello Grifone!

Mamma Roma alza al cielo gli occhi e un pugno chiuso, tra minacciosa e implorante.

*Mamma Roma:* Eh! Spièghemelo te, io che nun so' niente e te er Re dei Re!» (*Ibid.*, Vol. I, pp. 236-239).

## **XII. Il “cambiamento” va oltre l’“interpretazione”**

Ci chiediamo come un terapeuta adleriano all'interno del *setting* possa prendersi cura di pazienti portatori di conflitti “intergenerazionali”, profondamente radicati, stratificati e cristallizzati in un *fittizio stile di vita* che, al di là della personale esperienza soggettivamente fenomenologica del singolo, non fa che rispecchiare primitivi dinamismi appartenenti in realtà all'intero ceppo familiare.

Con pazienti di questo tipo può bastare ai fini del “cambiamento” un’analisi classica spostata tutta sul versante dell’*interpretazione*?

Il *capire* e lo *smantellare finzioni rafforzate* appartenenti, in realtà, all’intero albero genealogico possono condurre il paziente a ricostruire un piano esistenziale disposto verso il versante “utile” della vita, cioè in direzione del *sentimento di comunità*?

Come è possibile ricostruire maieuticamente nel paziente le emozioni indispensabili ad alimentare il proprio “senso sociale”, rimasto ancorato allo stato di potenzialità?

La fiducia, la speranza, la disponibilità, il rispetto, la lealtà verso l’*altro da Sé*, il “gusto” dell’altro sono spesso parole vuote per lui, che da sempre respira un’atmosfera relazionale asfittica intrisa d’insensibilità, competizione, indifferenza, rabbia, odio, aggressività, menzogna, slealtà: “clima relazionale” metaforizzato con molta maestria nella teogonia di Esiodo e nella drammatica storia di “Mamma Roma”.

«Il bambino è il padre dell’uomo» (1930, p. 27), scrive Alfred Adler. I pazienti adulti, che spesso entrano nel nostro studio, sono stati bambini infelici e privi di speranza, perché si vivevano “come se” fossero “oggetti” da usare, da manipolare da parte di genitori autocentrati e accesi dalla forsennata brama di soddisfare i propri bisogni narcisistici.

Bambini, quindi, come direbbe Adler, che si “sentivano” trascurati nei bisogni elementari, odiati, maltrattati, non capiti, orientati esclusivamente verso l’appagamento delle aspettative genitoriali. Essi, perciò, avvertono costantemente “fame e sete” di affetto, non avendo mai sperimentato l’esperienza magica di viverci come “soggetti” pensanti, degni d’amore e d’attenzione, come “individui” unici e irripetibili, portatori di emozioni, di bisogni e di pensieri “propri” degni di rispetto. Questi pazienti, ex bambini soli e infelici, cresciuti in un ambiente vissuto fenomenologicamente come spento, sono paragonabili a terreni infertili e, quindi, inadatti a consentire all’innato *senso sociale* di schiudersi verso i lidi ameni del *sentimento sociale*.

In un terreno infecondo, il *senso sociale* non può sfamarsi, dissetarsi e, quindi, non può germogliare sotto forma di *sentimento sociale*: senza tenerezza, coccole, sguardi affettuosi non si crea l’indispensabile traffico intersoggettivo, nutriente, che illumina la mente e il cuore del bambino.

Dinamiche relazionali infruttifere, in quanto non biunivoche, sono destinate, paradossalmente, molto spesso a riproporsi coattivamente all’infinito tramandandosi di padre in figlio. Le carenze, i *deficit*, le lacune, le ferite basiche e i conflitti intergenerazionali, di cui i pazienti sono spesso portatori inconsapevoli, se non sono mai stati guardati in faccia né affrontati né verbalizzati né condivisi empaticamente né chiariti e, soprattutto, se non sono mai stati metabolizzati, risolti, sanati, disinfettati, bendati e riempiti di affetto, fiducia, speranza, tendono a riproporsi sempre e comunque all’infinito, ciclicamente.

Sul piano clinico lo *stile di vita* di un soggetto portatore di dinamiche intergenerazionali mai rimarginate, può essere riorientato a condizione che il paziente sia accompagnato “non solo” a capire cognitivamente quelle *finzioni rafforzate* e quei vissuti soggettivi appartenenti, in realtà, alla propria stirpe, il che implica lo smantellamento interpretativo della ciclica e inesorabile catena di legami “malati”, “ma anche e soprattutto” a vivere con il terapeuta, che sappia essere coraggioso e incoraggiante, un’esperienza emotiva nuova “correttiva” del *deficit* di base (Rüping, 1990).

### **XIII. Stile di vita intergenerazionale e cambiamento: il “momento presente”**

Il terapeuta adleriano (Ferrigno, 1998, 2005, 2008, 2014) co-costruisce col paziente la “coppia creativa” all'interno del *setting* negoziando continuamente la relazione nel “qui ed ora”: il cambiamento dello stile di vita, secondo le più attuali evidenze empiriche (Gallese, 2005; Kandel, 1998), è strettamente collegato all'esperienza “reale vissuta” sotto forma di sentimenti espressi ed azioni compiute da persone reali, il *terapeuta* e il *paziente*, che non sono vacui fantasmi, ma esseri umani in carne ed ossa.

Nel *setting* adleriano possono “nascere momenti magici”, come sottolinea con molta semplicità Mezzena (1999), esperiti come “presenti” durante i quali si accendono ampi margini di “cambiamento” (Gallese, 2005; Kandel, 1998). Il “cambiamento” (Alexander et al., 1946; Stern et al., 1998; Stern, 2004), quindi, si nutre soprattutto di vissuti nell'*hic et nunc* e non semplicemente di *resoconti verbalizzati* di esperienze ormai trascorse o immaginate come future: *l'esperienza tout court* di quei “momenti presenti” si colloca nell'“implicito” che si configura come *inconscio, non verbale, procedurale* (Bertan, 2008).

Stern considera i “present moments” e i “now moments” (Migone, 2003; Stern, 2004), che si attivano durante la seduta, come “attimi” di scambio intersoggettivo, di riconoscimento reciproco che, pregni di forti cariche affettive, costituiscono, all'interno del processo terapeutico, veri e propri motori di *cambiamento* (Alexander et al., 1946; Rüping, 1990), al di là di ogni possibile *interpretazione*.

Questi *momenti magici*, forieri di cambiamento, potrebbero anche essere definiti, con un certa compiaciuta erudizione estetizzante, con il termine greco *kairói*. Secondo la concezione greca, come già detto nel paragrafo IV e V, *kairós* connota il “tempo opportuno”, in cui può accadere qualcosa di veramente illuminante (Galimberti, 2005).

Ci chiediamo, arrivati a questo punto se questi *now moments*, questi momenti magici, questi momenti opportuni, questi *kairói*, siano la causa o la conseguenza del “cambiamento” strutturale.

Anche Alexander già nel 1946 aveva sottolineato che non è *l'insight* a causare il cambiamento, come asseriva la tradizione psicoanalitica. L'*insight* può capitare solo “dopo” che sia “già” avvenuto qualcosa, appunto l'“esperienza emotiva correttiva”, il “cambiamento” appunto (Alexander et al., 1946). Sappiamo che i “neuroni specchio” (*mirror neurons*) si attivano (Gallese, 2005) non solo quando il soggetto compie un determinato movimento, ma anche quando il soggetto vede in un altro quello stesso movimento intenzionale: questa semplice ma rivoluzionaria scoperta sottende sorprendenti implicazioni inerenti il *processo d'incoraggiamento empatico*, strategia terapeutica irrinunciabile per gli adleriani, e il concetto di *cambiamento* (Ferrigno, 2014).

### **XIV. Il ritmo dell'incoraggiamento: la “sloppiness” del paziente e la “fanciullaggine” del terapeuta**

Se cerchiamo di introdurci nei labirinti misteriosi della scienza della sincronia in un'ottica interdisciplinare, vediamo come «ogni notte, lungo i fiumi della Malesia, migliaia di lucciole si riuniscono nelle paludi e lampeggiano all'unisono, senza alcun *leader* o suggerimenti dall'ambiente, e lo fanno a “ritmo”, seguendo un tempo, come enormi orchestre in grado di eseguire alla perfezione brani complessi pur senza la guida di un direttore. Questi e altri sistemi naturali sembrano avere la

facoltà magica di armonizzarsi da sé. Questo fenomeno di accoppiamento/collegamento/mescolanza si riscontra nei corpi inanimati, ma anche negli organismi viventi: lampeggio simultaneo delle lucciole, ritmo armonico del frinìo dei grilli e delle cicale, sincronizzazione del ciclo mestruale nelle donne che coabitano insieme da molto tempo, coordinazione sincronica della tosse che ritmicamente si rincorre a eco durante gli spettacoli teatrali. Lo stesso principio si può applicare a un *diapason* che produce onde sonore: a una frequenza fissa, se lo si avvicina a un secondo diapason “silenzioso”, dopo un breve intervallo quest’ultimo, anch’esso, comincia a vibrare, a *risuonare*. Un altro esempio è costituito da un ragazzo seduto su un’altalena che entra in *risonanza sincronica* dopo un breve intervallo di tempo con colui che lo spinge. Seguendo gli stessi principi logici, è possibile considerare anche i nostri corpi-menti come sinfonie di ritmo, come un’enorme orchestra di oscillatori viventi» (Ferrigno, 2009, pp. 85-86): il sentire l’altro, il sentirsi oggetto di attenzione, di contenimento, di comprensione, di ascolto, di amore, porta ad un forte *entrainment*, *trascinamento* (Tille, McCraty & Atkinson, 1996).

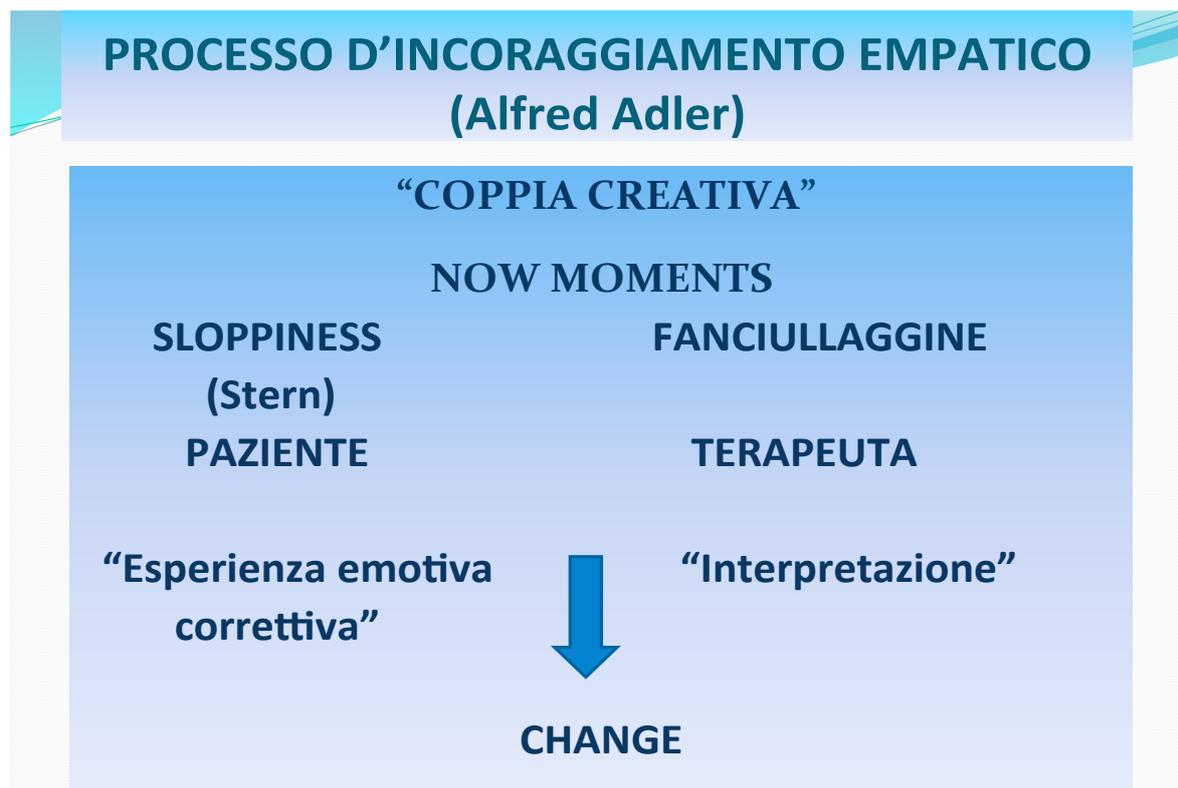
Tra l’operatore e il paziente, sempre e comunque, si viene a creare un “legame di risonanza, di trascinamento”: *il paziente da caso clinico, quindi, diventa persona con cui prendere contatto, con cui dialogare nell’hic et nunc, nel presente del presente in cui l’intuizione, intesa in senso adleriano, regna incontrastata.*

Stern e il “Boston Change Process Study Group” (1998), a questo proposito, ha fatto un elogio della “sloppiness” (Migone, 2003), della “trasandatezza”, della “stupidità”, cioè di quell’atteggiamento del paziente non finalizzato, non facilmente comprensibile, in quanto apparentemente “stupido”: a prima vista non capiamo niente del paziente e non sappiamo dove stia andando. Col tempo, però, ci accorgiamo che proprio questi momenti di “stupidità” sono i più importanti. Stern col suo gruppo (1998) ama definire questa “stupidità” “sloppiness” (Migone, 2003), cioè *trasandatezza, disordine, trascuratezza*. Io credo che la “stupidità” del paziente spesso tenda a intrecciarsi in alcuni “momenti” imprevedibili e bizzarri di comunicazione, ma “veri e reali”, alla “fanciullaggine” del terapeuta.

Si tratta di attimi, magari carichi di disagio o di tensione emotiva da parte di entrambi, durante i quali possono paradossalmente accadere le cose più importanti e più significative in grado di tracciare punti di svolta nodali per la terapia.

Sia Stern sia Adler (Tabella 2), in realtà, sottolineano la necessità di prevedere all’interno del *setting* anche la spontaneità, l’imprevisto, il gioco, la creatività come schegge essenziali ed imprescindibili della relazione terapeutica (Ferrigno, 2014).

Tabella 2



### XV. La routine professionale spegne il rapporto

Il rischio sempre in agguato, perciò, è che lo psicoterapeuta, a lungo andare, non provi più emozioni, trasformando il *setting* in una stanza scheletrica, vuota, priva di anima nella freddezza della *routine* professionale (Guy, 1994). Il pericolo più insidioso che corre ogni psicoterapeuta è di perdere di vista il creativo “fanciullino” pascoliano che alberga in sé nel caso in cui l'*abitudine routinaria* trasformi il paziente-persona in un “caso clinico” da “guarire” e da condurre sulla retta via. Il *distacco professionale*, che sovente diventa *indifferenza* genera sentimenti che usurano ogni possibilità di contatto umano.

Ritornando alla gestione del rapporto terapeutico con pazienti portatori di conflitti intergenerazionali, un'esperienza emotiva “differente”, unica e irripetibile vissuta all'interno della “coppia terapeutica” adleriana, può essere trasformativa per entrambi, terapeuta e paziente, ma soprattutto “riparativa” del *deficit* di base che si è prodotto nel passato remoto del paziente, sulle cui strutture portanti è stato costruito uno *stile di vita* narcisisticamente autocentrato, “fuori misura o oltre misura”, esattamente conforme allo stile di vita del “capostipite” del ceppo familiare.

### XVI. Momenti d'incontro ed elogio del “Fanciullino”

All'interno del *setting* occorre attivare il senso del *gioco*, del *Sé creativo* adlerianamente inteso, della *coppia terapeutica*. Ho potuto constatare che il processo d'incoraggiamento empatico e, quindi, il “contatto emozionale” con molti pazienti si accendono spesso proprio in quegli “attimi” in cui io mi sento propenso a recuperare quelle parti infantili che segretamente sonnecchiano in me e che mi

rendono disponibile a stupirmi, a meravigliarmi, a “giocare” attraverso un dialogo sottile e profondo all'unisono con i trasalimenti, il candore e le paure ancestrali del paziente.

Negli abissi dell'animo di ciascuno di noi alberga, come sostiene Pascoli (1903), un “fanciullino” che spesso tace per il semplice fatto che è soffocato dal fervore delle incombenze quotidiane. Per scongiurare una psicoterapia senza anima, credo che sia necessario recuperare il linguaggio del gioco, delle emozioni, del cuore, del “fanciullino” insomma (Ferrigno, 2014).

### **XVII. 1. Il caso di Elio: un sogno**

---

Elio, trentatré anni, ricco imprenditore, consuma saltuariamente alcol e cocaina, alternando a momenti di maniacalità, accompagnata da deliri megalomaniaci, fasi di chiusura narcisistica di tipo depressivo, durante le quali si chiude in casa, guarda la televisione, dorme, non risponde al telefono, legge, sottolineando maniacalmente frasi e parole di libri di argomento preferibilmente antropologico ed etologico inerenti la superiorità maschile sulla donna.

Frequenta l'ambiente della moda e della finanza. Si circonda di ragazze dell'Europa orientale raccattate nei *night*. Da qualche mese non fa più uso di cocaina né di alcool: assume farmaci (Valproato e Citalopram) prescritti dallo psichiatra. Egli dice ironicamente che soffre di “Mitomegaegocentrismo”.

È in aperto conflitto con il padre del quale non tollera a livello conscio i “pacchiani” atteggiamenti di grandiosità verso il prossimo, il disprezzo verso gli altri, il maschilismo nei confronti delle donne e, in particolare, della madre, di origini meno “aristocratiche”, i comportamenti superficiali, altezzosi, presuntuosi, pomposi, autoreferenziali, finalizzati a stupire e a impressionare la gente, da cui si attende riverenza, rispetto ed ammirazione. Elio afferma di sentirsi molto più vicino alla madre, di cui ammira la semplicità, la concretezza, l'intelligenza, mentre combatte tutto ciò che gli rievoca il padre: «Mio padre si lascia affascinare dalle cose esteriori, non sa ascoltare, pretende di avere sempre ragione. Si circonda di maggiordomi e domestici perché gli danno un'immagine vincente e grandiosa di sé».

Elio si presenta in studio fin dal primo giorno convinto di essere portatore di “semplicità” e di “essenzialità”. In realtà, Elio ostenta un abbigliamento “pacchiano” (abiti in tessuto gessato con un fazzolettino coloratissimo svolazzante dal taschino), asserisce con altezzosità di possedere una “Ferrari” rossa fiammante e si vanta del fatto che quando arriva lui nei vari *night* da lui frequentati i camerieri e le donne tremano al suo cospetto. È convinto di essere circondato da donne che lo bramano in quanto bello, ricco e famoso: «Le donne, appena mi vedono, avvertono l'impulso irrefrenabile ad assolvere alla funzione filogenetica di proliferare. Il “maschio dominante” va a caccia con la clava per procacciare i soldi che servono alla moglie e alla prole, esattamente come sostengono le più accreditate ricerche in campo antropologico».

Nei rapporti sessuali, egli preferisce solo il rapporto orale, in cui è tutto più semplice e sbrigativo: le donne non possono che «inginocchiarsi di fronte a cotanto splendore!».

Egli ribadisce costantemente di detestare le apparenze, la pomposità e le superficialità, che caratterizzano sia il padre sia tutta la famiglia paterna, compresi il nonno e la nonna, tutti “notabili” locali.

Ecco un sogno molto significativo in cui Elio attraverso il materiale onirico prodotto mi comunica come egli percepisca la propria famiglia.

## SOGNO DEL 7 MAGGIO 2013

*«Casa di Portofino: allarme stile guerra. Arrivano i missili, puntini dal cielo. Noi sicuri, c'era atmosfera catastrofica, tutti fermi, arrivano i missili. C'era mio padre, mia madre, mia sorella. Usciamo in giardino: c'era un attacco con missili che venivano verso di noi, piano piano. Nessuno diceva: «Fuggiamo!». Angoscia ma non panico. Due robottini con due mitragliatrici ci sparano: le palline rimbalzano. Hanno utilizzato un'arma che su di noi non ha alcun effetto».*

## EMOZIONI DURANTE E DOPO IL SOGNO:

*«Angoscia non panico».*

## RESIDUI DIURNI:

*«Ho visto in televisione il film "The day after"»..*

## ASSOCIAZIONI:

Casa di Portofino:

*«Bella casa. Io non ero bravo a giocare a pallone, ma da solo giocavo a pallone come un fenomeno».*

## Allarme:

*«Stile guerra. A casa mia mio padre è imbranato e confusionario, apre la finestra e fa suonare l'allarme: lui è svampito. Missili come nel film "The day after"».*

## Mia Madre:

*«Buona, cura la mia crescita e la mia educazione, gentile, attenta, garbata. Quando ero piccolo era brava, si preoccupava, mi faceva fare sport, s'interessava della scuola. Buona, brava, bella, magra ed elegante. A differenza di mio padre che è pacchiano, non ascolta nessuno e crede di essere un "eletto", esattamente come il nonno e la nonna: erano "notabili"».*

## Sorella:

*«Paranoica, buona, brava, bella, squilibrata, inquieta nelle relazioni emotive con tutti, non ha senso della misura».*

## Giardino:

*«Bello, verde, vista sul mare».*

## Nessuno diceva "fuggiamo":

*«"Come se" non potesse accaderci nulla. Noi a casa, coscienti di essere forti, sicuri. Sembravano palline da ping pong. Non c'è più angoscia: anche se i robottini hanno intenzioni cattive non hanno effetto su di noi, sul nostro nucleo familiare: noi siamo notabili. I pallini ritornano indietro, come se fossimo fantasmi, non hanno strumenti adeguati per ucciderci: noi siamo intoccabili. Noi siamo notabili e apparteniamo a famiglia di notabili. Mio padre è tranquillo perché sa che non ci succederà*

*niente. Se faccio una cosa, però lui mi dice che era meglio fare un'altra cosa. Ha sempre ragione lui: non riesce a mettersi nei miei panni, sembra a volte invidioso dei miei successi. Non riesco a gestire la mia famiglia. Io non so gestire i miei amici se non con la pasta e fagioli».*

Il sogno emblemizza la convinzione di Elio di appartenere a una famiglia di “intoccabili”: gli attacchi esterni non hanno effetti su loro. In realtà, Elio, ha bisogno di “negare” il senso della propria fragilità, della propria inferiorità, trasformando attraverso difese finzionali basate sulla “formazione reattiva” e sull’“identificazione con l’aggressore” il “minus” in “plus”: diventa anch’egli perciò “presuntuoso e altezzoso”, esattamente come il padre, con cui è in lotta. Nonostante contrasti, a livello conscio, il modello di pomposità ereditato dalla famiglia paterna, utilizza paradossalmente i soldi e i simboli tipici del “gruppo eletto”, a cui egli dice di appartenere, come strumenti di potere, che gli consentono di ricevere quelle conferme sia in campo sociale e lavorativo sia in campo sentimentale. Elio ha bisogno di viverci come titolare di “qualità e di eccellenza”: gli altri non possono non riconoscere l’immagine mitica di sé («Da solo giocavo a pallone come un fenomeno»). Elio, di base, è timido e forse avrebbe “preferito fare il pescatore”. Che bella sfida dover lottare contro un padre padrone ormai interiorizzato che pretende di essere portatore di “verità” e di “splendore”!

In realtà, Elio, a parte la fase francamente delirante legata all’uso saltuario di cocaina, si presenta nel mio studio con uno “stile di vita intergenerazionale” le cui dinamiche appartengono all’intero ceppo familiare paterno, avente il nonno e la nonna come capostipiti. Elio afferma di detestare le modalità pompose e razziste del “padre” e del “nonno”; anche il nonno, infatti aveva fatto sfoggio di identiche dinamiche intrafamiliari che avevano tarpato irrimediabilmente le ali del padre di Elio col quale ben presto era entrato in un conflitto feroce, riproducendo, alla fine, lo stesso copione che già conosciamo nella vita di Elio. Il cerchio si chiude: nonno, padre, figlio.

## **XVII. 2. “Sloppiness” e “fanciullaggine”: il setting e il processo d’incoraggiamento**

Ecco un frammento di seduta molto significativa: la “sloppiness” del paziente (Migone, 2003; Stern et al., 1998; Stern, 2004) e la “fanciullaggine” del terapeuta s’intrecciano. Proprio durante questi “momenti magici” d’incontro si riesce a creare una relazione fondata sulla fiducia e sulla collaborazione della coppia creativa: l’“esperienza emotiva correttiva” è propedeutica all’*insight* (Ferrigno, 2014).

*Elio:* Dottore, lei sa perfettamente che io detesto le apparenze e le pomposità di mio padre... a me piace l’essenziale... la pasta e fagioli. Vede Tatiana: ha uno sguardo profondo e enigmatico che evoca ... la tundra essenziale della Russia... io sono essenziale come la mia fidanzata.

*Terapeuta:* ma è convinto di essere essenziale? Ricorda cosa ha detto qualche minuto fa? «Io con la mia “Ferrari” rossa fiammante... quando arrivo... i camerieri ... tremano e si genuflettono al mio cospetto!».

*Elio:* io ho detto questo? Non lo ricordo... Ho detto che ho la Ferrari ma non ricordo di aver detto che la uso per stupire e per soggiogare gli altri...

*Terapeuta:* Le assicuro che l’ha detto.

*Elio:* Non ne sono convinto, perché non me l’ha detto in quel momento, allora?

*Terapeuta:* Allora facciamo un patto? La prossima volta che lei dice qualcosa di simile io pronuncerò la parola... “Tac”.

*Elio:* Ah, va bene ... “Tac” ... è un codice interno ... fra di noi.

*Terapeuta:* Chissa quanti “Tac” dirò...!

*Elio:* Nessun “Tac” ... glielo assicuro (e ride in segno di gioco e di sfida).

Passano circa dieci minuti.

*Elio:* «Le donne non possono che “inginocchiarsi di fronte a cotanto splendore!».

*Terapeuta (ridendo):* ... “Tac”...

*Elio (ridendo):* No ... no ... stavo scherzando non volevo dire questo ...

## **XVIII. Conclusioni**

Il processo terapeutico adleriano ricostruisce maieuticamente *nell' hic et nunc del setting*, lungo l'asse transferale/controltransferale, strutture emozionali nuove, situate sul versante prospetticamente utile e collaborativo della vita: la gioia di vivere, il gusto, la scoperta e l'accettazione dell'altro, la curiosità, il senso dell'avventura, l'accoglimento dell'imprevisto, la fiducia, la speranza utopica. L'esperienza emotiva “nuova e correttiva” è propedeutica al sopraggiungere dell'*insight* cognitivo-interpretativo.

Il terapeuta adleriano, perciò, novello *guaritore ferito ed esperto raddomante*, ha il compito di prendere creativamente sulle proprie spalle, anche se tardivamente, il carico della funzione *materna* di “contenimento emozionale” e *paterna* di “ragionamento interpretativo”, compiti essenziali per rasserenare il mondo interno del paziente.

Per questi motivi, è di primaria importanza la costruzione di un *setting creativamente incoraggiante* che si ponga come “opportunità” di vivere un'esperienza emozionale nuova, fatta anche di “sloppiness” (Migone, 2003; Stern et al., 1998; Stern, 2004) e di “fanciullaggine”, nel *qui e ora* di un flusso biunivoco di risonanze emozionali che migrando costantemente dal paziente al terapeuta e viceversa, apportano cambiamenti significativi sia nell'uno che nell'altro.

Per allontanare il pericolo di una *psicoterapia senza anima* è fondamentale ritrovare il gusto del gioco, delle emozioni, della spontaneità, sempre rigorosamente da monitorare attraverso una costante lettura del transfert e del controtransfert all'interno del *setting*, un'accurata analisi personale e una sistematica supervisione da parte del terapeuta. Egli ha, infatti, enormi responsabilità etiche e deontologiche generate dall'ormai indiscutibile influenzamento reciproco e spiraliforme legato alla relazione che, se ben “controllata”, può trasformarsi in un potente e irrinunciabile strumento di cambiamento terapeutico (Ferrigno, 2014).

Non dobbiamo mai perdere di vista come dice Alfred Adler che «In ultima analisi la Psicologia Individuale è un'arte e lo psicologo vero è soprattutto un artista» (Adler, 1912, p. 288).

Giuseppe Ferrigno  
Via Copernico, 39  
I-20125 Milano  
E- mail: ferrigno.giuseppe@fastwebnet.it

## IL CORPO DELLA DONNA TRA RAPPRESENTAZIONE E VIOLENZA

ALBERTO MASCETTI<sup>1</sup>

### Riassunto

L'Autore prende in considerazione il problema delle manifestazioni legate al corpo della donna nelle diverse scansioni socio-culturali ed epocali quali l'isteria e l'anoressia. Analizza gli archetipi del femminile, che già Esiodo aveva descritto nelle sue opere "Teogonia" e "Le Opere e i Giorni", riferendoli all'attuale problematica condizione dei rapporti e dei ruoli psico-socio-sessuali. Ipotizza inoltre le ragioni che spingono oggi alcuni uomini ad aggredire e uccidere le donne, che si trovano in loro balia e il cui corpo è come preso in ostaggio, senza possibilità di scelta e libertà. Tale proprietà negata si manifesta attraverso il discontrollo omicida, che tende a punire e ad annullare la donna come immeritevole di esistenza, fuori dal dominio maschile.

### Parole chiave

CORPO DELLA DONNA, ISTERIA, ANORESSIA, FEMMINICIDIO

### Abstract

THE WOMAN'S BODY BETWEEN REPRESENTATION AND VIOLENCE. The author considers the problem of events related to the woman's body in different socio-cultural and epochal scans: hysteria and anorexia. He analyzes the archetypes of the feminine, which Hesiod had described in works "Theogony" and "Works and Days", referring them to the current problematic state of relationships and psycho-socio-sexual roles. He also hypothesizes the reasons why today some men attack and kill women, who are in their power and whose body is taken hostage with no possibility of choice and of freedom. This denied property leads to the killer discontrol, which tends to punish and to destroy the woman as unworthy of existence outside the supremacy of men.

### Keywords

WOMAN'S BODY, HYSTERIA, ANOREXIA, FEMICIDE

### I. Origine e fortuna del neologismo: femminicidio

"Femminicidio" o "Femminicidio", termini orribili e cacofonici, dal latino *femina*, animale di sesso femminile, che suona come un ulteriore oltraggio al mondo delle donne.

Un neologismo che indica gli omicidi di genere, quelli cioè rivolti alle donne in quanto donne, che comprendono anche le statistiche più ributtanti sulle bambine e sulle adolescenti.

I dati dell'OMS confermano una realtà che a fatica riusciamo ad accettare: al primo posto tra le cause di morte per le donne fra i 16 e i 44 anni, si trova l'omicidio da parte di persone a loro conosciute.

Questa deprimente casistica comprende donne ammazzate da mariti, *partner* ed *ex partner* da parecchi anni, ragazze uccise dai padri per rifiuto di un matrimonio organizzato o nel tentativo di una libera scelta di vita o di rapporti sentimentali.

Donne morte per AIDS, trasmesso da partner, che non hanno voluto rivelare la loro infezione, prostitute ammazzate dai clienti, ragazze massacrate per la loro omosessualità.

Negli anni '90 un gruppo di criminologhe, verificando un costante aumento di aggressività letale nei confronti delle donne, con il neologismo "femminicidio", per sottolineare e rendere più visibile il fenomeno nella sua brutalità, nel desiderio di una maggiore visibilità da parte dei *media*, di un'attenzione più rilevante da parte di tutta la comunità, nella speranza di un potenziamento delle pene erogate ai colpevoli. Non è facile stabilire che cosa scatti nella mente dei persecutori assassini,

<sup>1</sup> Relazione tenuta al Convegno "La Violenza di genere nella Società Contemporanea", Istituto Alfred Adler di Milano, Milano, 15 Febbraio 2014

poiché diverse sono le motivazioni psicopatologiche, che sottendono tali comportamenti abnormi, troppe le differenze sociali e culturali degli ambienti dove sono perpetrati i crimini.

Si può trovare come denominatore comune per tutte le vittime, come afferma la criminologa americana Diana Russel (1992), una specie di punizione o di vendetta per avere ella trasgredito a un ruolo ideale di donna, muta, soggiogata e subordinata all'uomo in termini di obbedienza e di scelte di vita, succube, sempre e comunque, ad ogni richiesta maschile.

Ogni donna, che trasgredisca a tale ruolo, volendo affermare una posizione di autonomia e di autodeterminazione, non può essere perdonata né accettata e va, quindi, eliminata schiacciando così una tale pretesa di libertà.

La donna che decida di seguire il proprio stile di vita sociale e sessuale, sostiene la Russel, ribellandosi al potere e al controllo di padri, fidanzati, mariti, partner o ex conviventi, viene meno alla tradizione di "donna ideale", cioè legata allo stereotipo della sottomissione, e va punita con la morte, con il silenzio delle società con forte impronta patriarcale.

I comportamenti "punitivi" promossi spesso da soggetti con disturbi di personalità gravi, innescati e intrecciati a condizionamenti culturali esterni, possono evidenziare i segni della violenza e dell'omicidio di genere.

La Psicologia Individuale, che ha sempre avuto un interesse speciale per i rapporti uomo-donna e per le modificazioni socio-culturali ad essi connessi, continua ad essere strumento privilegiato di analisi, di comprensione e di cura, anche in una visione transculturale e psicopatologica del fenomeno del *femminicidio*.

Secondo l'opinione di Marcela Lagarde (1997), antropologa messicana, il femminicidio va inteso in forma più ampia, comprendendo anche crimini minori che includono ogni forma di soppressione dell'autodeterminazione femminile in campo sociale, sessuale, lavorativo e familiare.

Sotto tale termine la studiosa messicana vorrebbe annoverare le varie forme di violenza, molestie, discriminazioni volte ad annullare l'identità della donna e la propria capacità e possibilità di scelta, includendo, quindi, non solo violenze fisiche, ma anche psicologiche, ricatti morali o emarginazione per aver affermato la propria individualità.

## **II. Femminicidio come forma estrema di omicidio di genere**

Marcela Lagarde (1997) sostiene che il femminicidio sia la forma estrema di omicidio di genere contro le donne, prodotto della violazione dei suoi diritti umani in ambito pubblico e privato, attraverso varie condotte misogine, maltrattamenti, violenza fisica, psicologica, sessuale, educativa, economica, patrimoniale, familiare, comunitaria, istituzionale. Tali comportamenti pongono le donne in una posizione indifesa e rischiosa e possono culminare con l'uccisione o con il tentativo di uccisione della donna medesima o in altre forme di morte violenta di donne e bambine, suicidi, incidenti, morti o sofferenze psichiche comunque evitabili, dovute all'insicurezza, al disinteresse delle istituzioni e all'esclusione dallo sviluppo e dalla crescita della libertà, all'impunità delle condotte poste in essere tanto a livello sociale quanto da parte dello Stato.

La gran parte delle donne uccise aveva già denunciato, inutilmente, il proprio assassino per violenza e maltrattamenti o si era rivolta a strutture assistenziali alla ricerca di un aiuto o di un sostegno.

Aldilà delle statistiche più o meno veritiere e fedeli, che vorrebbero un aumento considerevole dei delitti contro le donne, soprattutto in Italia, è importante analizzare tale tipo di fenomeno, che i *media* insistentemente propongono e sottolineano.

Per affrontare il problema partiamo da lontano: ci riferiamo soprattutto al corpo, al corpo della donna da un lato, alla psicologia e alla psicopatologia ad esso correlata dall'altro, su uno sfondo culturale caratterizzato dai movimenti socio-culturali, che hanno sotteso e sottendono tali manifestazioni che proveremo a definire e a descrivere.

### **III. Il corpo e lo schema corporeo**

Per prima cosa facciamo riferimento al corpo in generale. «Il corpo è l'oggetto psichico per eccellenza, il solo oggetto psichico» (Sartre, 1943, p. 429). La fenomenologia in particolare ha colto il nesso *soma-psiche* che la filosofia aveva separato nell'antichità con il dualismo platonico di *anima e corpo* e con la dicotomia cartesiana tra *res-extensa* e *res-cogitans* che Binswanger (1942) considera "il cancro di ogni psicologia".

Per quanto riguarda il concetto di *schema corporeo* che Schilder (1935) definisce con l'espressione "immagine del corpo umano", intendiamo connotare il quadro mentale che ci facciamo del nostro corpo, il modo in cui il corpo appare a noi stessi. Noi riceviamo dalle parti del nostro corpo sensazioni e impressioni di varia natura, vediamo parti della superficie del nostro corpo, ma nello stesso tempo abbiamo l'esperienza immediata dell'esistenza di un'unità corporea, che è qualche cosa di più di una percezione.

Lo *schema corporeo* è anche una *costruzione* che il soggetto si fa attraverso la rappresentazione del proprio corpo, alla cui realizzazione concorrono le componenti libidiche e la sociologia delle immagini corporee. Quest'ultima concorre alla costruzione della propria immagine corporea, attraverso processi d'identificazione, d'imitazione e modelli culturali proposti. Accanto alla tendenza ad unificare le parti del corpo in quell'unità, che poi l'immagine corporea si incarica di esprimere, c'è anche la tendenza che porta a distruggere tale immagine, personificando le singole parti e proiettandole fuori da sé come fantasmi.

È l'esperienza della *dissociazione* (*scissione* per la psicoanalisi), dove non è più possibile riconoscere la relazione tra le parti e la totalità del proprio corpo e dove cade quella frontiera che delimita il nostro corpo distinguendolo dal mondo. A tale proposito Pankow (1969) scrive che «le strutture fondamentali dell'ordine simbolico, che appaiono nel linguaggio e che contengono l'esperienza primaria del corpo, sono semplicemente deformate nella nevrosi, mentre sono distrutte nella psicosi» (p. 7). La consapevolezza del *Sé somatico* da parte del soggetto è data da sensazioni di benessere, ma anche di malessere.

Nell'uno e nell'altro caso la cenestesi è il risultato di una complessa interazione tra condizione fisica e condizione emotivo-affettiva, per cui i disturbi psichici oltre a quelli organici possono provocare una cenestesi negativa.

Parleremo del corpo della donna come *corpo assente*, vuoto, non simbolizzato, nell'*isteria*; come *corpo scolpito*, addomesticato e ricostruito nell'*anoressia*; come *corpo* che diviene *possesso* e preda dell'altro nel *femminicidio*.

#### IV. Il corpo della donna e l'isteria

Nell'isteria il corpo della donna è un *corpo assente*, come ci ricorda Juliet Mitchell (2000), femminista e psicoanalista americana, un corpo che agisce soprattutto al posto di un discorso, al posto della parola ritenuta inascoltata o inespressiva. Non la sessualità, non il riferimento all'utero e alla donna in generale, ma l'assenza del corpo è la vera caratteristica dell'isterica, che tende alla pregnante rappresentazione per riempire e vitalizzare quel vuoto, attraverso i segni di una psicopatologia finzionale e mascherata. Nel greco antico *skênà* definiva il *corpo*, da (cui deriva) la *scena*.

Tra la fine dell'800 e i primi anni del '900 avviene la prima grande "epidemia" che il mondo della donna mette in scena. È il periodo in cui le grandi contraddizioni coinvolgono le donne tra il desiderio di emancipazione e il timore di affrontare una nuova posizione psico-sociale. Per quanto riguarda l'isteria, è stato un contributo specifico di Freud (1925-1934) quello di collegare la malattia del *corpo isterico* alle *parole non pronunciate*.

Nelle attuali diagnosi, l'isteria non esiste più. Mitchell (2000) nel suo recente libro "Mad man and medusas. Reclaiming hysteria" dà una risposta all'attualità, sostenendo che tale forma esiste ancora sotto altri nomi: trauma, attacchi di panico, anoressia, disturbi di personalità. L'Autrice propone una nuova lettura dell'isteria, sottolineando l'importanza dei fratelli e delle sorelle nello sviluppo di tale patologia, una presenza per lo più omessa nella pratica clinica e nella teoria psicanalitica. Dobbiamo qui ricordare invece la grande importanza assegnata da Alfred Adler ai problemi dei rapporti nella *fratria*.

L'isterica assegna all'altro la capacità di renderla presente e viva. L'utilizzo dell'"altro" come mezzo per apparire, per esistere in un contesto di seduttività e ricatto, è la caratteristica interpersonale più evidente dell'isterica, che tuttavia rifugge dal rapporto paritario e approfondito.

La sua esistenza dipende dall'altro, non nel senso di *essere con l'altro*, ma di *esistere tramite l'altro*, che diviene condizione essenziale di *supporto* e di *confronto*. Dopo l'esibizione, l'inibizione di ogni autentico incontro; l'"altro" viene costretto ad un legame non libero, ma basato sul ricatto, sulla ineludibile dipendenza.

Monique David-Ménard (1989), psicoanalista francese lacaniana, nel suo lavoro "Hysteria from Freud to Lacan: body and language in Psychoanalysis" afferma che l'isterica non possiede un corpo, perché qualcosa nella storia del proprio corpo non può essere espressa che con i sintomi. Il corpo dell'isterica non è stato simbolizzato e l'ostentazione corporea che caratterizza l'isteria è solo il lato fastidioso dell'assenza, rispetto al proprio corpo che chiede di essere simbolizzato.

Un corpo non simbolizzato, un corpo che non è stato rappresentato per il soggetto, ci rimanda all'idea lacaniana, che considera il corpo non appartenente all'ordine simbolico del linguaggio. C'è una certa relazione tra la sintomatologia corporea dell'isterica e gli atteggiamenti sociali verso di essa. Il fenomeno principale che sottende le manifestazioni isteriche è la dissociazione isterica, che viene descritta da Jervis (1975) così: «il soggetto isterico *dissocia* dalla propria persona ciò che egli stesso produce; invece di affermare "io faccio questo", è come se egli dicesse "questo mi accade". Il sintomo isterico viene *presentato* come un guasto o un blocco accidentale nel funzionamento del corpo, di cui il soggetto si proclama assolutamente irresponsabile. [...] In altre parole, il soggetto si scinde tra personaggio sociale e organismo "malato", e attribuisce al proprio organismo ciò che sottrae al personaggio sociale» (p. 275).

## V. Il corpo della donna e l'anoressia

È ancora il corpo della donna il protagonista dell'altra grande "epidemia" del secolo scorso e che ancora si manifesta: quella dell'anoressia, le cui protagoniste, attraverso il digiuno e le altre pratiche connesse, scolpiscono il proprio corpo in forma di *crisalide*, ne bloccano lo sviluppo in una sorta di espressività adolescenziale, che tende ad eludere e a liquidare la rotondità delle forme della donna adulta.

Anche qui sta lo sfondo culturale che sottende tale caratteristica patologia che domina la *scena-corpo* di numerose donne, dagli anni '50 fino ai giorni nostri.

Non a caso l'isteria e l'anoressia venivano definite dall'antropologo e psicoanalista francese George Devereux (1970) "disturbi etnici", in quanto fundamentalmente inerenti a una cultura.

Il disturbo "etnico" deve essere inteso, allora, come una forma di malattia, che in vista delle sue dinamiche interne arriva a descrivere le contraddizioni sociali e le angosce di una società. Ancora il corpo, abbiamo visto, viene messo in scena a rappresentare il dramma di un'adolescenza che non si schiude, avendone fermato il tempo, rinchiusa in un presagio di morte.

L'*anoressia mentale* si rappresenta come sintomo di manifestazioni psicopatologiche in giovani donne, che rinviano a disturbi dell'affettività e che riguardano l'accettazione del proprio ruolo femminile per conflitti psicologici, maturati all'interno del nucleo familiare, in particolare con la figura della madre. Frequente in bambini iperprotetti, tale sintomo rappresenta spesso un modo per esprimere ostilità nei confronti di genitori che rifiutano la loro autonomia e indipendenza. Secondo Mara Selvini Palazzoli (1963) «all'origine di un comportamento anoressico c'è una madre iperprotettiva e impervia, incapace di concepire la figlia come una persona nel suo proprio diritto» (p. III). Molto spesso è proprio la coppia parentale o l'intero gruppo familiare che tende a sabotare i «bisogni di base dell'Io dell'anoressica» (*Ibid.*, 113). Il passaggio dal corpo infantile al corpo di donna adulta, vissuto come suo, non riesce a concretizzarsi, poiché viene assimilato «al corpo della madre, da cui l'Io vuole a tutti i costi distinguersi. [...] Si struttura così una difesa dell'Io dominata dal rinnegamento del corpo e del cibo-corpo per identificarsi ad un'immagine corporea ideale, desessualizzata e acarnale» (*Ivi*).

Non è l'appetito, dunque, la carenza di appetito, come si evidenzia dal significato semantico di anoressia, a dover essere curato, ma il soggetto e la sua storia, la sua richiesta di aiuto non verbalizzata. Nota ancora la Selvini Palazzoli (1963) che il cibo non è considerato dall'anoressica un fatto negativo, ma è l'atto di cibarsi che è diventato pericoloso e angoscioso.

## VI. Creazione mitica della donna e sua presunta inferiorità

Veniamo al nostro tema, al tempo del femminicidio. A tale proposito faremo una breve storia preliminare della creazione mitica della donna nello scenario dell'Occidente culturale.

Esiodo, nella "Teogonia" e prima, ne "Le opere e i giorni", si serve del mito di Pandora per la creazione della "genos gynaikon", la "razza delle donne".

Il pretesto è il furto del fuoco da parte di Prometeo e la conseguente collera di Zeus che immediatamente al posto del fuoco creò un male destinato agli umani: Pandora da cui venne fuori la razza, la genia maledetta della donna, terribile flagello insediato in mezzo agli uomini mortali.

E ancora Esiodo (VIII a. C.) ne “Le opere e i giorni” fa dire a Zeus: «ed io al posto del fuoco, farò loro dono di un male che tutti, dal fondo del cuore si compiaceranno per loro disgrazia, di circondare d’amore».

La donna appare come un male che è tanto più temibile in quanto induce gli uomini a ricercarla con passione; un male di cui l’uomo non potrebbe fare a meno e che diventerà, nelle epoche successive più vicine a noi, “il Male”, cioè il diavolo, il *diabàllein*: colui che separa.

E in forma di strega, sua concubina, succube e seguace, suo tramite per il dominio del mondo, vi è ancora la donna, il cui corpo dovrà patire il fuoco per la sua definitiva purificazione e liberazione oltre la morte.

A tale tragico arcaico stereotipo, se ne aggiungerà un altro, forse ancora più doloroso e pregnante, quello che fa della donna un essere irrimediabilmente inferiore all’uomo, «derivata biblicamente dall’uomo, cui sarà segnato un ben preciso destino, quello che dalla custodia dell’*oikos* omerico fino alle successive più complesse prerogative, in sintonia con le culture ed epoche storiche diverse, la accompagnerà fino al secolo scorso, quando cominceranno a balenare i segni significativi di una mutazione di prospettiva davvero radicale».

Una necessaria e ineluttabile modificazione dei suoi vissuti e dei suoi comportamenti non poteva tardare a manifestarsi da parte della donna, per sfuggire all’idea che il corpo della donna, il suo corpo, potesse rimanere caricato di un significato ambiguamente usato da parte della cultura dominante: strumento della seduzione femminile, oggetto del piacere maschile, sacro e santo nel segno della riproduzione e della continuazione della specie.

Il corpo della donna così non appartiene a lei stessa, ma ad altri: all’uomo cui solo è concesso dalla ideologia dominante per lunghissimo tempo l’accesso al piacere; al diavolo che la possiede e ne fa strumento dell’altrui possessione; a Dio, anche qui “posseduta” nella dimensione trasfigurata dell’estasi mistica.

Arriva il tempo dunque da parte della donna della ricomposizione e della risoluzione delle conflittualità prima diseguate.

La donna del nostro tempo recupera finalmente un suo destino e una sua autonomia, ma deve fare i conti con la risvegliata aggressività di alcuni uomini, che non accettano tale nuova prospettiva in cui si muove, nella libertà e nella consapevolezza delle proprie qualità e determinazioni di cui è capace.

## **VII. I rapporti uomo-donna. Gli stereotipi e la violenza**

Dall’altra parte allora, dalla parte dell’uomo, con i ruoli rivisitati e ricreati da entrambi i sessi, non sempre viene accettata questa nuova posizione nel mondo promossa dalla donna.

Per alcuni tale fatto rappresenta un nuovo pericolo, che mette in crisi la fragile identità maschile, una falsa sicurezza basata su una presunta superiorità e dominanza.

Qui può entrare in gioco allora una sequenza psicopatologica, declinata su uno sfondo culturale di diversa natura e provenienza che la sottende e la vivifica.

Il corpo della donna, allora, non appartiene più come abbiamo visto alla donna stessa ma all’altro, che reagisce in maniera violenta e alle volte omicida, a causa di una tale presunta proprietà negata.

Alcuni uomini, al cospetto di tali nuove presenze personologiche femminili, mostrano un’acuta

condizione di insicurezza e d'inferiorità, da cui scaturisce l'aggressività e la violenza contro le donne.

Un'aggressività che nasce dall'impotenza e dall'incapacità di gestire gli attuali intrecci personologici fra i sessi, che dobbiamo ricordare si riferiscono per noi adleriani a ruoli psico-socio-sessuali.

Nella prospettiva di perdita di un ruolo prevalente ed egemone, il violento, che giunge all'omicidio, cerca di impadronirsi dell'altro femminile, di possedere il corpo della donna fino alla sua eliminazione, incapace di accordarsi alla sua anima, alla sua persona.

Il discontrollo omicida che spinge l'uomo al gesto estremo non sempre avviene in un contesto di malattia mentale o di grave disturbo della personalità, ma può essere il prodotto di una reazione abnorme derivante da una condizione di *stress* di diversa natura, che non consente il controllo degli impulsi.

Tale problematica, non ancora ben chiarita e che necessita di ulteriori approfondimenti, apre la strada alle considerazioni circa la possibilità o meno della cura nei confronti di persone con caratteristiche non sempre riconoscibili in un contesto univoco e di agevole e facile approccio.

---

## BIBLIOGRAFIA

---

- ADLER, A. (1933). *Der Sinn des Lebens*. Wien und Leipzig: Passer. (Trad. it. *Il senso della vita*. Roma: Newton Compton, 1997).
- BINSWANGER, L. (1942). *Grundformen und Erkenntnis Menschlichen Daseins*. Zürich: Nihehans.
- CARGNELLO, D. (1964). Fenomenologia del Corpo. *Annali di Freniatria*, 77, 365-379.
- DAVID-MÉNARD, M. (1989). *Hysteria from Freud to Lacan: Body and language in Psychoanalysis*. Ithaca: Cornell University.
- DEVEREUX, G. (1970). *Essais d'etnopsychiatrie générale*. Paris: Gallimard. (Trad. it. *Saggi di etnopsichiatria generale*. Roma: Armando, 1978).
- ELLENBERGER, H. F. (1970). *The Discovery of the Unconscious: The History and Evolution of Dynamic Psychiatry*. New York: Basic Books. (Trad. it. *La Scoperta dell'inconscio*, 2 voll. Torino: Bollati Boringhieri, 1976).
- ESIODO (VIII a.C.). *Le opere e i giorni*. Milano: Garzanti, 2008.
- FREUD, S. (1925-1934). *Gesammelte Schriften. I. Bd: Studien Über Hysterie. Frühe Arbeiten zur Neurosenlehre (1892-1899)*. Leipzig, Wien, Zürich: Internationaler Psychoanalytischer Verlag.
- GALIMBERTI, U. (1987). *Il corpo*. Milano: Feltrinelli.
- GALIMBERTI, U. (1992). *Dizionario di Psicologia*. Torino: Utet.
- JERVIS, G. (1975). *Manuale critico di psichiatria*. Milano: Feltrinelli.
- LAGARDE, M. (1997). *Identidades de género y derechos humanos. La construcción de las humanas, en VII curso de verano. "Educación, democracia y nueva ciudadanía"*, evento organizado da Universidad Autónoma de Aguascalientes. Mexico.
- MASCETTI, A. (1976). Psicologia Individuale e Antropoanalisi: analogie e corrispondenze. *Rivista di Psicologia Individuale*, 1977, 6-7, 9-22.
- MASCETTI, A., BALZANI, A. & MAIULLARI, F. (1986). L'uomo e la donna nella Psicologia Individuale. Un quadro ridisegnato. *Rivista di Psicologia Individuale*, 24-25.
- MASCETTI, A. (1989). Vecchia e nuova isteria: la donna, la società, le strategie di dominio nel segno dell'approccio individualpsicologico. *Atti XXIII Congresso Nazionale SIPM, «Isteria: corpo e linguaggio»*, 18-19 novembre 1989.

- MASCETTI, A. & BRAIDA, A. (1994). Isteria e anoressia: le emergenze epocali al femminile. Considerazioni psicopatologiche e socioeconomiche di linea adleriana. *Rivista di Psicologia Individuale*, 36, 37-42.
- MITCHELL, J. (2000). *Mad man and medusas. Reclaiming hysteria*. New York: Basic Books.
- PANKOW, G. (1969). *L'homme et sa psychose*. Paris: Aubier-Montaigne. (Trad. it. *L'uomo e la sua psicosi*. Milano: Feltrinelli, 1977).
- PARENTI, F. & PAGANI, P. L. (1987). *Lo stile di vita*. Novara: De Agostini.
- ROVERA, G. G. (1976). La Individualpsicologia: un modello aperto. *Rivista di Psicologia Individuale*, 6-7, 23-50.
- RUSSEL, D. (1992). *Femicide: the Politics of woman killing*. Milton Keynes: Open University Press.
- SARTRE, J. P. (1943). *L'être et le néant*. Paris: Gallimard. (Trad.it. *L'essere e il nulla*. Milano: Il Saggiatore, 1968).
- SCHILDER, P. (1935). *The image and appearance of the human body*. London: Kegan Paul. (Trad. it. *Immagine di sé e schema corporeo*. Milano: Franco Angeli, 1973).
- SELVINI PALAZZOLI, M. (1963). *L'anoressia mentale*. Milano: Feltrinelli.
- VITIELLO, V. (1994). *Elogio dello spazio*. Milano: Bompiani.

Alberto Mascetti  
Via Maspero, 10  
I-21100 Varese  
E-mail: albertomascetti43@gmail.com

## SPERANZA E PSICOTERAPIA. ASPETTI TEORICI E CLINICI

KAZIMIERZ J. DUDEK

*Riassunto*

L'articolo mette in luce il tema della speranza in psicoterapia dalla prospettiva sia del paziente sia del terapeuta. L'idea di fondo è che la speranza rappresenta una categoria epistemologica ed ermeneutica, utile nel processo terapeutico. Nella prima parte l'autore analizza le definizioni della speranza e le sue caratteristiche psicodinamiche principali. Una speciale attenzione è rivolta alla teoria adleriana. Nella parte seconda vengono esaminati alcuni aspetti della speranza nelle diverse dimensioni e fasi del processo terapeutico.

*Parole chiave*

SPERANZA, PSICOTERAPIA, TEORIA ADLERIANA, EMOZIONI DEL TERAPEUTA

*Abstract*

HOPE AND PSYCHOTHERAPY. THEORETICAL AND CLINICAL ASPECTS. The article highlights the topic of hope in psychotherapy from both the patient and the therapist point of view. The central idea is that hope can be considered an epistemological and hermeneutic category, useful in the therapeutic process. In the first part the author analyzes some definitions of hope and its fundamental and psychodynamic characteristics. A particular attention is turned to the Adlerian Theory. In the second part some aspects of hope are examined in different dimensions and phases of psychotherapy.

*Keywords*

HOPE, PSYCHOTHERAPY, ADLERIAN THEORY, THERAPIST'S EMOTIONS

**I. Considerazioni introduttive**

L'interesse per la speranza è antico come il genere umano. Tutti conosciamo la storia di Pandora e del vaso regalato da Zeus dal quale fece uscire i mali che si abbattono sull'umanità. Non tutti ricordano che sul fondo del vaso rimase la speranza (ελπίς) che non fece in tempo a venire fuori prima che il vaso venisse chiuso di nuovo. Dopo l'apertura del vaso il mondo divenne un luogo desolato ed inospitale finché Pandora lo aprì nuovamente per far uscire anche la "speranza".

A partire dalla seconda metà del secolo XX si assiste ad un rinnovato interesse nei confronti della speranza. Nel 1959 Karl A. Menninger ha dedicato un'*academic lecture* a questo tema in un annuale incontro dell'*American Psychiatric Association*, sottolineando il fatto che «per quanto riguarda la speranza i nostri scaffali sono vuoti e le nostre riviste tacciono» (p. 481) descrivendola come un fattore estremamente rilevante nello sviluppo umano. Da quell'anno in poi sono stati pubblicati alcuni importanti contributi sulla psicologia della speranza (Fromm, 1968; Stotland, 1969), ma nella maggior parte dei casi si tratta di un approccio generale nei confronti del concetto, non facilmente adoperabile nel contesto della prassi terapeutica. È importante da segnalare il lavoro di Charles Snyder, l'ideatore della teoria cognitivo-motivazionale della speranza applicata poi alla psicoterapia (Snyder 1994, 1995; Irving et al., 2004).

L'attenzione nei confronti della speranza come fattore terapeutico sta crescendo sempre di più nell'ambito psicologico e clinico (AA. VV., 2011-2012) e in psichiatria (Schrank & Slade, 2007; Schrank et al., 2011), in particolare in riferimento al concetto di guarigione (*recovery*) dalle malattie psichiche gravi. Ciò nonostante non è ancora possibile parlare di un'analisi completa e strutturalmente coesa del concetto di speranza in psicoterapia. Si tratta piuttosto di molti frammenti che devono essere

ancora raccolti e ordinati armonicamente.

L'idea di fondo del presente articolo è che *la speranza rappresenti una categoria epistemologica, ermeneutica ed operativamente adoperabile nel percorso psicoterapeutico*. In altre parole la speranza, o la sua assenza, permette, innanzitutto, di *comprendere* aspetti importanti delle dinamiche psicologiche, sane o patologiche, del paziente, in secondo luogo, di individuare alcuni momenti cruciali dell'evolversi del processo terapeutico e di cogliere i moti controtransferali del terapeuta. La speranza consente, inoltre, di *interpretare* il materiale clinico e relazionale a disposizione del terapeuta e, perciò, può essere considerata come *principio organizzatore ed orientante* del processo terapeutico. La comprensione e l'accoglienza dei "movimenti" della speranza e della *di-sperazione* nel paziente e nel terapeuta, a loro volta, possono assumere una *valenza terapeutica* perché aiutano il paziente, nella relazione con il terapeuta, ad aprirsi a *modalità nuove* di pensiero, di affetto e di comportamento, spesso inimmaginabili all'inizio della terapia.

Il termine "speranza" viene usato in due accezioni: il *costrutto* di speranza e la speranza come esperienza soggettiva della persona, nel nostro caso del paziente e del terapeuta. Non è solo una distinzione astratta ed accademica, perché effettivamente il concetto di speranza *non coincide* con lo sperimentare la speranza o la sua mancanza. Nell'articolo tutte le considerazioni di natura teorica sul tema in questione hanno la precisa funzione di *facilitare* e di *organizzare* l'esperienza relazionale in atto durante la psicoterapia.

Le riflessioni contenute in questo articolo nascono dalla mia esperienza personale di psicoterapeuta, sia con i pazienti gravi, prevalentemente psicotici, sia con i pazienti meno gravi. Nello specifico si trattava di intensi vissuti emotivi impregnati di scoraggiamento, di abbattimento e di sconforto che ciclicamente si ripresentavano nel corso della terapia e che mettevano in dubbio la mia percezione di poterli aiutare e di vedere in loro un miglioramento. Mi accompagnava spesso l'impressione che i pazienti avessero una particolare *capacità di estinguere e di sopprimere in me la speranza*, riguardante l'esito e il senso stesso della psicoterapia. Questi vissuti, una volta accolti ed accettati (con non poca difficoltà), hanno fatto emergere in me una intuizione, diventata poi progressivamente una convinzione: quella di trovarmi di fronte ad un aspetto essenziale nel lavoro psicoterapeutico. L'ipotesi operativa che ne è scaturita è che la speranza, o la sua mancanza, possa rappresentare una valida griglia di interpretazione e una guida pratica nel lavoro terapeutico.

## **II. Natura e caratteristiche psicodinamiche della speranza**

La speranza è una realtà complessa, eterogenea e multidimensionale. La sua vera natura sfugge ad una semplice ed univoca definizione perché possiede diverse anime e sfaccettature. È un concetto che nasconde al suo interno una dialettica e un'ambivalenza. Resiste a facili categorizzazioni e rischia di deludere chi vorrebbe rinchiuderla, come del resto capita anche per altre profonde dinamiche psicologiche, all'interno di chiare ed esaurienti classificazioni.

### **II.1. Definizioni della speranza**

"Il Dizionario della lingua italiana" (Devoto & Oli, 1990) definisce la speranza nel modo

seguinte: «Attesa fiduciosa, più o meno giustificata, di un evento gradito o favorevole; aspirazione, spesso illusoria, a un vago avvenire di bene o di felicità; atteggiamento baldanzoso nei confronti della vita, stato d'animo d'incoraggiante e consolante fiducia, convinzione fiduciosa od ottimistica, complesso di ambizioni e di progetti proiettati nel futuro». È una descrizione piuttosto statica, che menziona, però, alcuni aspetti centrali della speranza: attesa, fiducia, coraggio, progettualità, futuro. La dinamicità della speranza e il suo “già-e-non-ancora” sono bene espressi in altre immagini. Secondo Fromm (1968), la speranza «è come la tigre rannicchiata che salta solo quando è il momento» (p. 15). La speranza indica la capacità di rimanere in un atteggiamento dinamico, di stare in attesa tenendo accesa la propensione verso il futuro. La speranza è una forza vitale di natura teleologica e ha una funzione di collegamento. Fa “da ponte” e così permette di anticipare e di immaginare nel presente un cambiamento in bene che avrà luogo nel futuro.

La speranza è una *predisposizione* interiore, un'attitudine della persona davanti agli ostacoli. Erikson (1964) la definisce «la convinzione *permanente* della realizzabilità dei desideri ferventi, nonostante le forze oscure e violente che segnano l'inizio dell'esistenza» (p. 121). E, in un altro scritto, afferma che la speranza è «l'attesa di un desiderio [...] che offre all'anticipato futuro un senso d'indugio che invita a *compiere i voluti salti nelle anticipazioni dell'immaginazione*. Questa coraggiosa determinazione deve però poter contare sulla fiducia di fondo nel senso di una profonda sicurezza» (Erikson, 1997, p. 77). Il concetto di speranza rimanda alla *possibilità* di realizzare un desiderio. È «il soggettivo senso di possibilità [...]. È una capacità dell'io di immaginare e trattenere il senso della possibilità futura di fronte alla paura infantile di perdita e di abbandono» (Meissner, 1987, p. 177).

La speranza comprende un aspetto attivo e una dimensione passivo-recettiva, perché coinvolge non solo il desiderare e l'agire nel modo deciso, ma anche la *capacità di aspettare*. È interessante l'analisi fenomenologica dell'attività e dell'attesa suggerite da Minkowski (1968). L'attività è un fenomeno che comporta due direzioni. La prima è la direzione temporale: «l'attività comporta il fattore dell'avvenire; mediante la sua attività l'essere vivente va avanti, tende verso l'avvenire, lo crea davanti a sé» (*Ibid.*, p. 78). La seconda è l'espansività: «l'essere vivente si espande nella sua attività e si direbbe che diventa “più grande”» (*Ibid.*, p. 79). L'attesa, al contrario, comporta spesso dei vissuti di angoscia perché «contiene in sé un fattore di arresto brutale che toglie il respiro» (*Ibid.*, p. 83). La speranza non è solo una forma particolare di passiva attesa, anzi è possibile una forma di *idolatria del futuro*, perché «l'attesa passiva è una forma mistificata di disperazione e di impotenza» (Fromm, 1968, p. 13). La psicoterapia richiede, dal paziente e dal terapeuta, le due forme della speranza: la capacità di attendere e di stare in silenzio e la capacità di muoversi verso le mètte del desiderio attivate dalla speranza. Ciò che risulta particolarmente utile è la consapevolezza delle dinamiche interiori che possono essere smosse dalla necessità di attendere. Il terapeuta dovrebbe essere conscio delle emozioni difficili da sopportare legate al senso di vuoto, di inattività esterna, di ansia, di bruschi arresti e di prolungati periodi di attesa di qualche risultato, e al senso di inefficacia. La mancata consapevolezza di tali vissuti può spingerlo, prima del tempo opportuno, verso un atteggiamento attivo che diminuisce l'ansia, ma probabilmente non aiuta il paziente a progredire verso il cambiamento.

A questo punto voglio proporre una definizione di speranza che dal punto di vista psicodinamico e relazionale risulta, a mio parere, più completa ed utile al processo terapeutico: *È una capacità*

*permanente dell'individuo di desiderare e di immaginare per se stesso e per l'altro possibilità reali, anche se difficili, di trattenere dentro di sé questa possibilità immaginata, di accettare la passività dell'attesa del momento opportuno e di agire senza esitazione quando questo momento si presenta.* In questo contesto la psicoterapia si delinea come un processo che favorisce lo sviluppo di tale capacità. Ma ciò è possibile perché il terapeuta possiede egli stesso una tale capacità e, di conseguenza, riesce a riconoscere le carenze della speranza, a promuoverla, nel paziente e assieme al paziente, l'atteggiamento interiore di sperare e a costruire, sempre assieme al paziente, il ponte che collega la sponda delle sofferenze del passato/presente con la sponda delle reali possibilità per il paziente.

## **II.2. La complessità e l'ambivalenza del concetto di speranza**

Il concetto di speranza è eterogeneo così come complesse sono le dinamiche ad essa connesse. In questo paragrafo mi soffermo sulle dimensioni e sulle dialettiche che, spesso in maniera ambivalente, compongono i vissuti della speranza. Infatti, la speranza può essere *conscia e inconscia*, anche se non sempre siamo in grado di distinguere tra queste due forme della speranza (Fromm, 1968). Si tratta della problematicità che può accompagnare diverse fasi del processo terapeutico.

La speranza può essere vissuta in maniera *matura e immatura* (Searles, 1979). Sostanzialmente la speranza immatura è quella che si basa sull'infantile senso di onnipotenza e sulla convinzione che le aspettative nutrite verso il futuro, prima o poi, si realizzeranno. La maturità, invece, parte dal presupposto che la speranza sia un concetto «impuro, cioè non di natura unitaria ma molteplice e pervasa da ambivalenza e conflitto» (*Ibid.*, p. 351). Il fenomeno dell'*ambivalenza* è stato sottolineato da Parenti (1983) come un aspetto importante nella riflessione sul finalismo causale adleriano. È possibile che la progettualità della persona e le mete scelte consciamente siano in armonia oppure in contrasto con le mete perseguite a livello inconscio. La speranza matura è una speranza realistica che riesce a riconoscere che alcune speranze del terapeuta e del paziente mirano a fini distruttivi e quindi non possono essere soddisfatte, e ad accettare tutti i vissuti legati all'inevitabile frustrazione delle speranze immature ed irrealistiche: le delusioni, i sentimenti di rabbia, di dolore e di tristezza. La riflessione su questi due tipi di speranza rappresenta una sfida di primaria importanza per il terapeuta che non è immune dalle dinamiche disfunzionali della speranza e che, se non rese consapevoli, potrebbero favorire un atteggiamento di facile disinvoltura nell'alimentare le speranze irrealistiche del paziente.

## **II.3. Speranza e realtà**

La caratteristica fondamentale della speranza è il suo intrinseco legame con la realtà: «La speranza cerca, immagina e trova il *reale*. Immagina il reale che non c'è ancora ma lo coglie come il reale possibile e raggiungibile» (Meissner, 1987, p. 179). La speranza promuove il contatto con le persone reali e con i fatti reali. Essa è ben radicata nel proprio passato, anche se doloroso, mantiene la persona in contatto con la realtà del presente ed è proprio grazie a questa aderenza alla realtà che la speranza rende l'immaginare un futuro differente, un progetto possibile. La stessa speranza realistica dovrebbe caratterizzare l'approccio del terapeuta, grazie ad una approfondita conoscenza del paziente

e ad un costante e rispettoso contatto con la sua realtà e con i propri vissuti durante le sedute.

Una speranza matura sa riconoscere ed accettare i *limiti* posti dalla realtà perché non tutto può essere realisticamente sperato. Paradossalmente alcune forme della mancanza di speranza rappresentano le forme più equilibrate e solide della speranza: «Non c'è niente di così forte come la speranza che sa limitare se stessa [...] Che scopre, con sollievo, di non essere assoluta [...] Non c'è niente di male con la nostra mancanza di speranza, se questo non intralcia la nostra speranza» (Lynch, 1974, p. 47). La speranza-che-accetta-i-limiti si basa sulla realtà del mondo e sulla realtà della natura umana. Invece il secondo tipo di speranza, la speranza-che-non-accetta-i-limiti, basandosi sul senso di onnipotenza, porta al “senso dell'impossibile” e alla sensazione di trovarsi in una “trappola” (*Ibid.* p. 48). Questo tipo di speranza induce l'illusione per poi, inevitabilmente, deludere e spingere verso la disperazione. Solo la speranza-che-accetta-i-limiti sprigiona energie creative e fa emergere le risorse per affrontare le difficoltà. È la speranza che aiuta a sopportare la frustrazione e ad aspettare.

È difficile pensare ad un buon percorso terapeutico senza un terapeuta che possieda lui stesso «un'adeguata *familiarità con il limite*» (Canzano, 2009, p. 36) per, poi, incoraggiarla nel paziente. La terapia è uno spazio in cui le persone imparano la speranza-che-accetta-i-limiti. È la speranza che consente di sperimentare di non essere onnipotenti senza, tuttavia, scivolare nel senso di impotenza e dell'impossibile. È questa la speranza che permette di vivere il lutto di alcuni desideri che, forse, non si realizzeranno mai lasciando però spazio a desideri più maturi.

### **III. Speranza e Psicologia Individuale**

Adler non affronta esplicitamente il tema della speranza. Tuttavia ritroviamo i suoi aspetti caratteristici nell'impianto generale sul funzionamento psicologico della persona e nelle nozioni base della teoria individualpsicologica. Non è casuale il fatto che Snyder (1994, 1995), nell'elaborazione della sua teoria della speranza, abbia attinto espressamente al pensiero adleriano e al concetto di finalismo causale. Scrive Adler (1920): «Non siamo in grado di pensare, di sentire, di volere, di agire senza avere in mente un fine. [...] Ogni fenomeno psichico non può essere afferrato e compreso, al fine della comprensione di una personalità, che come *preparazione ad una mèta*» (pp. 12-13). Tutta l'esistenza psichica dell'uomo «si basa sull'acquisizione del presente come imperfetto e sul tentativo di *costruire un futuro più perfetto o appagante*» (Parenti, 1983, p. 18). Gli aspetti come finalismo causale, perseguimento delle mète, propensione verso un futuro migliore sono intimamente collegati con il concetto di speranza. Ma come le mète perseguite dalla persona possono essere collocate sul “lato inutile della vita”, così ci possono essere speranze disarmoniche che stanno alla base di nuclei psicopatologici.

Altri due concetti – sentimento d'inferiorità e compensazione – rimandano al concetto di speranza e alla sua natura che spinge la persona a passare da una situazione *minus* ad una situazione *plus*. Il sentimento d'inferiorità si riferisce all'esperienza esistenziale di sentirsi insicuri, precari, insufficienti ed imperfetti. «I problemi difficili della vita, i pericoli, i dispiaceri, le delusioni, le preoccupazioni, le perdite (soprattutto di persone care) e le costrizioni sociali di ogni tipo devono essere sempre considerati sotto l'angolazione del sentimento d'inferiorità» (Ansbacher & Ansbacher, 1956, p. 120). Va sottolineato che «il sentimento d'inferiorità non è patologico in sé, anzi è alla base di tutti i

miglioramenti della storia umana» (*Ivi*). Il sentimento di inferiorità spinge la persona a vincere questo stato disagiata attraverso le *compensazioni*, cioè «tutte le modalità, lineari o artificiose, con cui la volontà di potenza si propone di superare o aggirare un sentimento o un complesso d'inferiorità» (Parenti, 1983, p. 20). Si potrebbe definire la speranza come una modalità matura di compensazione per affrontare e superare il senso d'inadeguatezza legato alle esperienze di avversità e di ostacolo.

La seconda istanza basilare innata, accanto al sentimento sociale, è la *volontà di potenza*, ossia «un'energia che indirizza l'uomo, a livello conscio e inconscio, verso finalità di elevazione, di affermazione personale, di competizione o almeno di auto protezione e di *sopravvivenza*» (*Ibid.*, p. 11). È un'istanza fondamentale caratterizzata da tre aspetti: la funzione compensatoria che permette all'individuo di porre rimedio al proprio senso di inferiorità e di insicurezza, la pulsione aggressiva che offre la possibilità di dominio e di conservazione, la funzione adattiva che consente l'adattamento attivo all'ambiente. A volte essa si manifesta in maniera più attiva e aggressiva, altre volte, per evitare situazione troppo rischiose, «spinge l'individuo a ripiegare passivamente o a servirsi di artifici elusivi» (Pagani, 1998, pp. 28-29). Il concetto di volontà di potenza rimanda in modo efficace ad uno degli aspetti fondamentali della speranza, ossia l'energia propositiva necessaria per affrontare gli ostacoli e per sopravvivere ai naufragi interiori.

Per quanto riguarda il concetto di *finzione*, si tratta di una modalità in cui il soggetto utilizza i dati della realtà (interiori ed esteriori) che percepisce e li plasma in base alla finalità prevalente che persegue. Un aspetto importante della finzione è che «crea nel presente delle sensazioni positive che mitigano il sentimento di inferiorità e può avere un effetto incoraggiante» (Mezzena, 1998, p. 43). Le finzioni possono essere utilizzate in maniera positiva o negativa. La persona sana le utilizza per raggiungere una mèta nella *realtà*, invece il nevrotico o lo psicotico, in misura minore o maggiore, distorce la realtà nel senso che la finzione è la realtà. La speranza può essere definita come una finzione sana che permette di adattarsi alla realtà presente, di immaginare il futuro realmente possibile, anche se non ancora presente, e di fare tutto il possibile per raggiungerlo. In questo contesto la psicoterapia si rivela come uno spazio finzionale nel quale il paziente, sostenuto dal terapeuta, può modellare e “giocare” con la realtà soggettiva esercitandosi nell'immaginare le possibilità più mature, forse finora mai pensate, per affrontare gli ostacoli.

La *speranza* come *finzione* rimanda al concetto adleriano del *Sé creativo*. Adler considera l'uomo capace d'intervenire direttamente sulla determinazione del proprio avvenire, piuttosto che subirlo passivamente: «Non è tanto importante l'equipaggiamento con cui si nasce, ma l'uso che di questo si fa. Chi può affermare che le stesse influenze ambientali vengano apprese, elaborate, assimilate e determinano analoga risposta in una qualsiasi coppia d'individui? Per spiegare questo fatto troviamo necessario presumere l'esistenza di un'altra forza ancora: il potere creativo dell'individuo. Siamo stati portati ad attribuire al bambino un potere creativo che getta nel movimento tutte le sue influenze e tutte le sue potenzialità, *al fine di superare un ostacolo*» (Ansbacher & Ansbacher, 1956, p. 190). Il *Sé creativo* promuove l'adattamento creativo dell'individuo nei confronti dell'ambiente, incoraggia il passaggio dall'ipotesi ad un atteggiamento di ricerca verso un progetto, rappresenta l'agente di cambiamento e fa procedere l'analisi (Fassino, 1998). La speranza non è altro che un'espressione del *Sé creativo*, una modalità creativa che attinge alle risorse della persona e le permette di affrontare le situazioni di ostacolo. La psicoterapia è per eccellenza quello spazio favorevole e incoraggiante in

cui costruire la speranza, dove il paziente può ricercare strategie nuove, a lui più congeniali e basate sulle proprie risorse personali.

La speranza è strettamente legata al concetto e alla strategia terapeutica dell'*incoraggiamento*. Il coraggio implica «un modo di percepire e di agire tale da *non venire meno di fronte ai pericoli* che questa azione comporta o di fronte alle possibili conseguenze negative. Il coraggioso è capace di guardare ad una situazione, ad un compito o ad un avvenimento nei termini di *possibili azioni o di interventi risolutivi*, piuttosto che nei termini di potenziali pericoli o minacce» (Dinkmeyer & Dreikurs, 1963, p. 46). La base dell'*incoraggiamento* non sono tanto le parole del terapeuta quanto la fiducia che il paziente sia in grado di trovare le soluzioni e di affrontare gli ostacoli. L'*incoraggiamento* si fonda sulle risorse e capacità *reali* della persona, ossia sulla fiducia nella persona «per quello che è» (*Ibid.*, p. 68), e non per le aspettative che possiamo nutrire nei suoi confronti. Incoraggiare significa «sviluppare nel paziente la sicurezza delle proprie capacità e del proprio valore» (*Ibid.*, pp. 154-155). La strategia dell'*incoraggiamento* del terapeuta è intrinsecamente legata al suo atteggiamento interiore. Il terapeuta può dare solo ciò che possiede. Se il terapeuta è scoraggiato, come può dare ed infondere il coraggio nell'altro? Alla stessa maniera se il terapeuta non porta dentro di sé la speranza, come potrebbe favorire la speranza nel paziente? Spesso il paziente riesce a scoraggiare il terapeuta e quest'ultimo dovrebbe saper elaborare dentro di sé i sentimenti di impotenza, di sconforto, di scoraggiamento e di dubbio nelle proprie capacità umane e professionali per poter proseguire.

#### **IV. Speranza e prassi psicoterapeutica**

Sono stati descritti approcci terapeutici, con il ruolo centrale della speranza, per alcune categorie particolari di pazienti, per esempio persone anziane (Bergin & Walsh, 2005), pazienti oncologici (McLean, 2011), pazienti psicotici (Horowitz, 2008). Si tratta di riflessioni interessanti e stimolanti. Tuttavia il mio intento è quello di cogliere, in modo più generale, i possibili nessi tra gli aspetti della prassi clinica e le caratteristiche della speranza delineate prima. Il processo terapeutico viene affrontato con la duplice prospettiva, del paziente e del terapeuta, in quanto l'efficacia della terapia è soprattutto in relazione con il lavoro della *coppia terapeutica*. «Il nucleo centrale intorno al quale ruota una psicoterapia adleriana è la “coppia creativa” che presuppone che due persone attraverso il corpo e la mente cerchino di costruire un «nuovo» incontro dialogico» (Ferrigno, 2008, p. 3). Nella letteratura specialistica è dedicato relativamente poco spazio ai vissuti del terapeuta, ai suoi conflitti interiori e ai passaggi emotivi che vive durante la relazione terapeutica. E alle sue speranze e disperazioni. «Si tende a non parlare molto delle speranze dell'analista in quanto tali, perché sembra un argomento troppo personale. L'analista viene descritto come un professionista, il quale fornisce un servizio che è utile se correttamente applicato. Ma sappiamo tutti che l'approccio psicoanalitico è molto più personale, che le speranze dell'analista riguardo ai suoi pazienti sono inscindibili e profondamente intrisi del suo senso del Sé, del suo valore, di ciò che può offrire, di ciò che ha trovato di profondamente significativo nella sua vita. [...] Le nostre speranze per il paziente sono inestricabilmente connesse alle nostre speranze per noi stessi» (Mitchell, 1993, pp. 220-221). È mia convinzione che le di-sperazioni del paziente si ridimensionino anche grazie alla capacità del terapeuta di sperare, prima ancora che il paziente, a sua volta, sia in grado di farlo.

#### **IV.1. Le speranze immature e le speranze mature in psicoterapia**

Non è facile distinguere in psicoterapia le speranze mature dalle speranze immature, le aspettative illusorie basate sull'infantile senso di onnipotenza dalle speranze realistiche, i desideri costruttivi dai desideri che puntano a fini distruttivi. Il paziente può, come spesso accade, esprimere a parole la volontà di affrontare le proprie difficoltà, ma inconsciamente la sua speranza potrebbe essere che tutto rimanga come prima. È di fondamentale importanza la capacità del terapeuta di identificare gradualmente le speranze mature e le speranze immature, per lo più inconscie, del paziente. Questo aspetto non riguarda, però, solamente il paziente, ma anche il terapeuta che porta dentro di sé la stessa dialettica. Interpellato sulle proprie speranze nei confronti della terapia, ogni terapeuta probabilmente risponderebbe di voler aiutare il paziente. E sarebbe vero, almeno sul piano conscio. Poca attenzione, invece, è rivolta alle speranze immature del terapeuta. Approfondendo il tema del “medico devoto in psicoterapia e in psicoanalisi”, Searles (1979) afferma che lo spirito di dedizione è spesso una difesa inconscia del terapeuta per non vedere le aspettative che, inconsciamente, nutre nei confronti del paziente. Queste speranze possono essere di natura onnipotente oppure possono esprimere «la nostra inconscia determinazione a mantenere lo status quo, cioè di conservare l'attuale e immaturo livello di funzionamento dell'Io del paziente, così che questo non ci faccia mancare ciò che noi, pur non ammettendolo, vogliamo da lui» (*Ibid.*, p. 76). Se il terapeuta non è in grado di riconoscere e di ammettere le proprie aspettative immature nei confronti del paziente, probabilmente non potrà aiutarlo a fare altrettanto nei confronti delle sue speranze infantili che gli impediscono di perseguire mete più mature.

#### **IV.2. Vissuti emotivi del terapeuta e la funzione correttiva della speranza**

Quando il terapeuta entra e rimane in contatto con il paziente, non può sottrarsi alle emozioni che la situazione terapeutica suscita in lui. In particolare la mancanza di speranza del paziente influenza profondamente i vissuti del terapeuta così come la speranza del terapeuta influisce sul modo di sentire del paziente. Si tratta dell'interiorità del terapeuta: «Muoversi lungo i sentieri scoscesi della interiorità significa confrontarsi con quello che sentiamo, con quello che proviamo, con le emozioni che nascono in noi quando siamo impegnati in qualcosa e siamo interessati a qualcosa, quando curiamo (cerchiamo di curare) e quando diamo una mano [...] a chi chiedi il nostro aiuto. Analizzare il senso dei nostri vissuti è insomma la premessa alla decifrazione dei vissuti degli altri» (Borgna, 2005, p. 194). Il terapeuta non può pretendere di cogliere la profondità dell'interiorità del paziente se non è abituato a sostare nella propria interiorità. E non può afferrare i moti interiori della speranza e della sua mancanza nel paziente, se non ha la capacità di capire il flusso della speranza e della disperazione dentro di sé.

La fonte principale delle informazioni sulle speranze/di-sperazioni del paziente è il controtransfert del terapeuta. Qui intendo il controtransfert nel senso più ampio del termine, cioè tutti i vissuti emotivi, ma anche i pensieri che il terapeuta sperimenta nella situazione terapeutica oppure in altri momenti collegati chiaramente alla terapia, per esempio nel sogno. Inoltre ritengo che il controtransfert si metta in moto dal primo contatto con il paziente. Il controtransfert del terapeuta, nel contesto della speranza,

ha una triplice funzione all'interno del processo terapeutico: a) cogliere in profondità i vissuti di speranza o della sua mancanza nel paziente; b) accogliere, dare il nome e contenere questi vissuti dentro di sé senza fuggire da essi e senza giudicarli; c) utilizzare questi vissuti per aiutare il paziente, attraverso la partecipazione personale ed attiva alla terapia, a vivere un'esperienza correttiva, cioè a ritrovare la speranza perduta o sperimentarla per la prima volta. È mia convinzione che per il terapeuta «la sua personalità, e specialmente il senso d'identità, costituiscano lo strumento scientifico più sensibile e sicuro per acquisire informazioni e comprendere i dati che emergono all'interno della situazione terapeutica» (Searles, 1979, p. 276).

I vissuti emotivi del terapeuta nella relazione con un paziente che ha perso la capacità di sperare abbracciano un ampio ventaglio di emozioni e di pensieri. «Cosa nasce in ciascuno di noi in un colloquio psicoterapeutico che si spalanca sugli orli dell'abisso? Una disperata speranza o una scintilla di speranza (di luce), una straziata delusione o una opaca rassegnazione, una attesa presaga (aperta) e paziente, o una attesa fredda (chiusa) e im-paziente» (Borgna, 2005, p. 206). Horowitz (2008), approfondendo il tema della speranza e delle aspettative all'interno di una prolungata psicoterapia con i pazienti gravemente disturbati, evidenzia i vissuti personali che il terapeuta incontra: dubbi sulle proprie competenze o sul valore del proprio lavoro, senso di inefficienza, disperazione, rassegnazione, sconforto ed ansia. Specialmente con i pazienti psicotici, ma non solo, può avere luogo l'esperienza di una marcata mancanza di speranza, «un'esperienza di inquietudine interiore e di insicurezza nel non-riuscire a entrare in relazione con l'altro e con l'*autre monde* in cui vive» (Borgna, 2005, p. 203). Anche Ferenczi (1985) sottolinea la necessità che gli analisti esplorino i propri sentimenti relativi al lavoro terapeutico, specialmente i vissuti di scoraggiamento e di mancanza di speranza: «Cerco di non lasciarmi contagiare dallo scoraggiamento dei pazienti, benché mi costi un enorme sforzo resistere alle loro continue lamentele e addebiti. Non si può fare a meno, almeno io non posso fare a meno di sentirmi ferito interiormente quando, dopo anni di lavoro sovente estenuante, vengo accusato di essere inutile e incapace di dare un aiuto soltanto perché non si può offrire tutto, né in modo così completo come meriterebbe la situazione precaria di chi soffre» (p. 115).

La presa di coscienza e la familiarità con i propri vissuti controtransferali possono favorire la speranza perché, all'interno della relazione terapeutica, viene a crearsi una nuova e reale possibilità. Il terapeuta sperimenta di essere in grado di sperare, cioè di non arrendersi di fronte ai vissuti che cercano di imporsi violentemente e di eliminare la possibilità di vedere un'alternativa. Probabilmente è questa capacità concreta ed effettiva di sperare del terapeuta che, colta dal paziente, gli permette di sperimentare un senso del possibile e di immaginare, anche se inizialmente in modo confuso e sfuocato, un futuro più ampio rispetto alle esperienze passate e presenti.

Il processo illustrato sopra non è altro che la descrizione del ruolo della speranza all'interno dell'*esperienza correttiva* in psicoterapia che interrompe il ripetersi continuo degli stessi atteggiamenti. «Solo la reale esperienza di una nuova soluzione nella situazione transferale o nella vita quotidiana dà al paziente la convinzione che una *nuova soluzione è possibile* e lo induce ad abbandonare le vecchie modalità nevrotiche» (Alexander et al., 1946, p. 10). È illuminante ricordare un esempio della prassi terapeutica di Adler che testimonia come l'atteggiamento di speranza può “correggere” l'atteggiamento del paziente: «In un'occasione mi è capitato di essere realmente minacciato da un uomo malaticcio, affetto da *dementia praecox*, che avevo in trattamento. Egli, tre anni prima, era

stato dichiarato inguaribile e si aspettava di essere rifiutato e abbandonato anche da me, perché ciò era in accordo con il concetto del proprio destino formatosi sin dall'infanzia. Per tre mesi rimase in silenzio e io interpretai il suo comportamento, e la totale assenza di cooperazione, come volontà di ostacolarli, ma utilizzai ugualmente questo tempo per dargli alcune caute spiegazioni sulla sua vita, almeno per quel tanto che ne sapevo [...] Più tardi, quando fui sicuro del buon esito del trattamento, gli chiesi: “Secondo lei in che modo abbiamo avuto successo nel farla star bene?” La risposta fu: “È abbastanza semplice, avevo perso il coraggio di vivere e durante le nostre sedute l’ho ritrovato”» (Ansbacher & Ansbacher, 1956, p. 380).

### **IV.3. Speranza in diverse fasi della terapia**

La speranza è attiva nel paziente e nel terapeuta dal primo all'ultimo momento della terapia: si sussegue in diverse fasi terapeutiche e nasconde al suo interno componenti sia adattive che disfunzionali.

Nella *fase iniziale (esplorativa)* le speranze del terapeuta e le speranze del paziente solitamente sono distanti e non coincidono. I pazienti, di regola, iniziano il percorso terapeutico non per cambiare ma nella speranza di perfezionare il proprio stile di vita che è la causa della sofferenza e del malessere. Per esempio, il paziente ossessivo può intraprendere inconsciamente la psicoterapia desiderando di controllare ancora meglio tutto quello che succede nella sua vita, così come il paziente narcisista auspica di riparare un senso diminuito di perfezione (Mitchell, 1993). È di fondamentale importanza che il terapeuta sia consapevole di questa divergenza e che mostri «la capacità di trovare l'opportunità di una nuova crescita innestata su vecchie speranze, di vedere nella speranza del paziente una relazione dialettica fra ciò che è statico e familiare e il desiderio di qualcosa di più ricco e gratificante» (*Ibid.*, p. 234). All'inizio del trattamento il terapeuta dovrebbe porsi alcune domande: «Che cosa spera esattamente il paziente? Le sue speranze derivano da aspettative mature o da desideri infantili? Vuole un aiuto realistico o un aiuto magico? Le sue speranze hanno qualcosa a che vedere con quello che l'analista pensa di potergli offrire? Le speranze del paziente fanno parte del problema o della soluzione?» (*Ibid.*, p. 217).

Il terapeuta deve essere molto attento alle speranze mature e immature nella stesura del *progetto terapeutico*. Il termine stesso “progetto”, che deriva dal verbo latino *proiectare* (gettare avanti), è fortemente impregnato di speranza perché consiste nell'immaginare possibilità future e i relativi modi di attuazione. Un buon progetto terapeutico presume una sufficiente conoscenza delle difficoltà e delle risorse del paziente per immaginare le mètte che egli realisticamente potrebbe raggiungere, ma qui entrano in gioco anche le speranze del terapeuta emerse nella relazione col paziente. Si tratta di speranze che vanno riconosciute e monitorate perché potrebbero contenere aspetti immaturi. È fondamentale cogliere, per esempio, un certo entusiasmo ed ottimismo oppure un atteggiamento negativo nei confronti delle possibilità reali del paziente, che non sempre collimano con i dati emersi dalla psicodiagnosi. Le stesse attenzioni devono essere presenti nel momento di stipula del *patto analitico*. Il fatto stesso di proporre al paziente la psicoterapia significa alimentare le sue speranze per la “guarigione”. Searles (1979) mette in guardia contro le speranze esagerate del terapeuta collegandole con un atteggiamento sadico: «In primo luogo, uno dei più formidabili modi

di essere sadici nei confronti di un'altra persona consiste nel procurarle continuamente speranze, seguite da delusioni. In secondo luogo, manifestare in determinate circostanze un atteggiamento fiducioso può costituire, di per sé, una forma di sadismo verso l'altro, in quanto può esprimere, implicitamente e sottilmente, la crudele richiesta, a lui rivolta, di soddisfare la speranza impressa sul nostro volto» (p. 355).

La funzione fondamentale della speranza in psicoterapia è mettere gradualmente il paziente in contatto con la realtà interna ed esterna e con i limiti che la realtà impone. Ciò accade nel momento in cui si esplicitano le "regole" della terapia, perché il paziente è aiutato a confrontarsi con la realtà e ad abbandonare alcune speranze irrealistiche come, ad esempio, la speranza che sia il terapeuta a trovare le soluzioni per le sue difficoltà. In questo modo il paziente ha la possibilità di vedere che il terapeuta non è onnipotente e riceve il messaggio pieno di speranza sulla possibilità di (ri)diventare protagonista della propria vita.

Nella *fase centrale (intermedia/trasformativa)* della terapia viene messo in atto il tentativo di avviare il cambiamento più profondo nelle dinamiche intrapsichiche e relazionali del paziente. Innanzitutto si cerca di mettere il paziente in contatto con la realtà personale delle proprie mete fittizie immature che persegue inconsciamente. Ci si concentra su due caratteristiche fondamentali della speranza, ossia la sua aderenza alla realtà e l'accettazione del limite. Il paziente viene messo gradualmente di fronte alla realtà che alcune delle speranze nutrite per anni sono disfunzionali e irrealistiche. Questa opera di svelamento porta inevitabilmente a vissuti di disillusione verso se stesso, nei confronti del terapeuta che "non è così bravo come sembrava" e nei confronti della terapia che non ha portato i cambiamenti sperati. Gli stessi vissuti di delusione possono essere vissuti dal terapeuta nei confronti del paziente che, nonostante speranze iniziali, fatica a cambiare, è recidivo nel ripetere gli stessi errori, non è sufficientemente veloce nel mettere in pratica ciò che impara in psicoterapia. «La reciproca delusione di paziente e di analista svolge un ruolo fondamentale per lo sviluppo di sentimenti di affetto e di *accettazione* in quanto esseri umani in rapporto tra loro. Peraltro risolvere la delusione porta alla capacità di nutrire le *speranze più appassionate*. La risoluzione della delusione è un processo, simile a quello del lutto, che deve giungere a compimento perché si sviluppi un senso profondo della *continuità tra passato e presente*, indispensabile per potersi *prefigurare uno stato di cose futuro desiderabile*» (Baldisserotto, 2011-2012, p. 50).

Il confronto con la realtà e l'esperienza di delusione possono aprire, nel processo terapeutico, momenti o periodi di *crisi* e l'accentuarsi della resistenza al cambiamento (Mitchell, 1993). Si tratta fondamentalmente delle crisi di speranza nelle quali le divergenti speranze del terapeuta e del paziente vengono alla luce. È un momento di stallo dove sembrano impossibili azioni ulteriori. Il terapeuta può sperimentare i vissuti particolarmente difficili del senso di impotenza perché viene messa in dubbio la sua capacità di comprendere e di aiutare il paziente. E ciò può risvegliare in lui timori e mettere alla prova le speranze nutrite finora. Per affrontare questo *impasse* il terapeuta deve offrire comunque la sua continua presenza e utilizzare i propri vissuti per offrire al paziente una speranza realistica e per parlargli con una voce, «diversa dalle voci del passato del paziente, che offrono loro false promesse perpetuamente allettanti e perpetuamente deluse» (*Ibid.*, p. 227). È significativa l'affermazione di uno dei pazienti di Winnicott (1965): «L'unica volta che mi sentii una speranza fu quando lei mi disse che non poteva vedere alcuna speranza, e pure continuò l'analisi» (pp. 192-193).

Successivamente, dopo aver riconosciuto i propri limiti e gli aspetti disfunzionali e immaturi, vengono messe in atto le funzioni creativa ed integrativa della speranza. Attraverso la “funzione creativa della speranza”, attingendo al Sé creativo proprio e del paziente, il terapeuta incoraggia il “giocare” con la realtà. Il paziente è stimolato a immaginare nuove possibilità, più mature e più armoniose. Si tratta di uno spazio nel quale il paziente riesce a creare il ponte tra il “già” e il “non-ancora”. È un processo favorito dalla “funzione integrativa della speranza” dove la persona impara a non rinunciare ai propri desideri, ma a sperare una possibilità buona per sé. In questa fase della terapia il paziente impara a stare in contatto con la propria realtà soggettiva per rimodellarla (“fingerla”) in modo nuovo. La speranza non è solo una capacità dell’individuo di desiderare e di immaginare per se stesso possibilità reali, anche se difficili, ma di rendere tale capacità permanente e di trattenere dentro di sé questa possibilità immaginata.

1. La *fase finale (prospettica)* è accompagnata da una domanda: le speranze iniziali, del paziente e del terapeuta, sono state realizzate o no? Raramente la risposta consiste in un semplice sì o no. In un certo senso, si constata che le speranze sono state, al tempo stesso, realizzate ed abbandonate. O forse bisognerebbe dire che alcune speranze hanno trovato la loro attuazione e che nuove speranze sono emerse. Per questo motivo è giusto parlare della “trasformazione e della metamorfosi” (Mitchell, 1993) della speranza avvenuta durante la psicoterapia. Per certi versi è normale il sentimento di delusione, perché il paziente «si accorge che ciò che aveva sperato di ottenere dall’analisi non si è verificato, ma è accaduto qualcos’altro: non è diventato come voleva, tuttavia ha scoperto com’è veramente» (Baldisserotto, 2011-2012, p. 49).
2. In questa fase sono importanti alcuni accorgimenti che attingono alle dinamiche caratteristiche della speranza. Il patrimonio fondamentale acquisito in psicoterapia è la consapevolezza di essere stato capace di mettere in pratica, o solo di tentare, una modalità nuova che, all’inizio della terapia, non era considerata realisticamente possibile. Un’altra tattica utile è immaginare e prevedere, assieme al paziente, le difficoltà future e pensare le strategie migliori da utilizzare (Cheavens, 2006). Anche qui non si tratta unicamente di una tecnica, ma di un modo di essere davanti alle difficoltà. È un modo basato sull’ammissione dei limiti, sull’accettazione della realtà così come è, sulla capacità di agire e, se necessario, di attendere, sul desiderio di essere protagonisti della propria vita e sul coraggio di essere imperfetti. «Le ricadute possono essere frequenti, ma il collaudo creativo stabilito col terapeuta consentirà al paziente di *tener viva la “speranza”* anche dopo la conclusione della terapia» (Fassino, 1998, p. 66). L’ultimo aiuto che il terapeuta può mettere a disposizione del paziente è di essere sicuro, con la sicurezza offerta dalla speranza, che il paziente possa farcela.

## V. Note conclusive

---

Nel mito greco di Pandora, con il quale ho introdotto il tema della speranza in psicoterapia, trovo l’immagine appropriata anche per trarre le conclusioni di queste riflessioni. La storia di Pandora è molto simile a ciò che accade in psicoterapia: un graduale svelarsi della speranza che non è altro che la scoperta della possibilità di un nuovo, più utile e più realistico stile di vita. La speranza non si impone con forza. Ci sono dei momenti in cui il paziente e il terapeuta si sentono travolti dalle emozioni che

entrano con irruenza nella relazione terapeutica. In questi passaggi possono sentirsi scoraggiati ed impotenti e avere difficoltà ad intravedere dei barlumi di speranza. Occorre il tempo per scovarla in fondo al vaso della propria interiorità e di quella del paziente. Ciò che risulta difficile da accettare è il fatto che, paradossalmente, si può arrivare alla speranza attraverso l'immersione nelle "disgrazie" umane: traumi, abbandoni, perdite, angosce. La speranza mette, in primo luogo, in contatto con la realtà dei propri vissuti e, solo in seguito, apre a orizzonti nuovi. Il processo terapeutico è una lenta scoperta sia delle parti disarmoniche e dolorose sia delle speranze che, a loro volta, permettono di ridimensionare e di convivere con le dimensioni difficili da affrontare. Non di rado il terapeuta può essere tentato, come Pandora, di rinchiudere in fretta i vasi che si aprono durante la terapia. Se, invece, la speranza viene recuperata, il terapeuta riesce a riaprire delicatamente assieme al paziente le ferite per fasciarle con cura.

Concludendo nutro la speranza che sia possibile approfondire ulteriormente le intuizioni e i concetti esposti in questo articolo. Appaiono molto stimolanti le correlazioni tra speranza e alcuni importanti aspetti della prassi clinica e terapeutica, come sogno, incoraggiamento, illusione/disillusione, *timing* o farmacoterapia, per citarne solo alcuni. Confido che la speranza, come concetto e come esperienza della *coppia terapeutica*, possa trovare un posto sempre più adeguato nella teoria e nella prassi clinica, soprattutto in quella di orientamento adleriano che appare come suo *habitat* naturale.

---

## BIBLIOGRAFIA

---

- AA. VV. (2011-2012). La speranza. *La Pratica Analitica*, 8. (Numero monografico).
- ADLER, A. (1920). *Praxis und Theorie der Individualpsychologie*. München: J. F. Bergmann. (Trad. it. *Prassi e teoria della psicologia individuale*. Roma: Astrolabio, 1967).
- ALEXANDER, F. ET AL. (1946). *Psychoanalytic Therapy: Principles and Application*. New York: Ronald Press. (Trad. it. dei capp. 2, 4 e 17. ALEXANDER, F. La esperienza emozionale correttiva. Disponibile in: <http://www.psichomedia.it/pm/mother/probpsiter/alexan-1.htm>).
- ANSBACHER, H. L. & ANSBACHER, R. R. (1956). *The Individual Psychology of Alfred Adler*. New York: Basic Books. (Trad. it. *La Psicologia Individuale di Alfred Adler*. Firenze: Martinelli, 1997).
- BALDISSEROTTO, E. (2011-2012). Speranza e nostalgia. *La Pratica Analitica*, 8, 43-55.
- BERGIN, L. & WALSH, S. (2005). The role of hope in psychotherapy with older adults. *Aging & Mental Health*, 9, 7-15.
- BORGNA, E. (2005). *L'attesa e la speranza*. Milano: Feltrinelli.
- CANZANO, C. (2009). Il limite e il coraggio. Di fronte, accanto, dentro all'inferiorità. *Rivista di Psicologia Individuale*, 66, 31-41.
- CHEAVENS, J. S., FELDMAN, D. B., WOODWARD, J. T. & SNYDER, C. R. (2006). Hope in Cognitive Psychoterapies: On Working With Client Strengths. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 20, 135-145.
- DEVOTO, G. & OLI, G. C. (1990). *Il dizionario della lingua italiana*. Firenze: Le Monnier.
- DINKMEYER, D. & DREIKURS, R. (1963). *Encouraging Children to Learn: the Encouragement Process*. Englewood Cliffs: Prentice-Hall. (Trad. it. *Il processo di incoraggiamento*. Firenze: Giunti Barbera, 1974).
- ERIKSON, E. H. (1964). *Insight and Responsibility*. New York-London: W. W. Norton&Company. (Trad. it. *Introspezione e responsabilità*. Roma: Armando, 1972).
- ERIKSON, E. H. (1997). *The Life Cycle Completed. A Review*. New York-London: W. W. Norton&Company. (Trad. it. *I cicli della vita. Continuità e mutamenti*. Roma: Armando, 1999).

- FASSINO, S. (1998). Lo Stile di Vita e il Sé creativo. In B. SANFILIPPO. (Ed.). *Itinerari adleriani* (pp. 53-71). Milano: FrancoAngeli.
- FERENCZI, S. (1985). *Journal clinique*. Paris: Payot. (Trad. it. *Diario clinico*. Milano: Raffaello Cortina, 2004).
- FERRIGNO, G. (2008). La relazione empatica adleriana e la ricomposizione dell'interindividualità. *Rivista di Psicologia Individuale*, 63, 3-13.
- FROMM, E. (1968). *The Revolution of Hope*. New York: Harper&Row. (Trad. it. *La rivoluzione della speranza*. Milano: Bompiani, 1969).
- HOROWITZ, R. (2008). Hope and expectation in the psychotherapy of the long-term mentally ill. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 72, 237-258.
- IRVING, L. M., SNYDER, C. R., CHEAVENS, J. S., GRAVEL, L., HANKE, J., HILBERG, P. & NELSON, N. (2004). The Relationship between hope and outcomes at the pretreatment, beginning, and later phases of psychotherapy. *Journal of Psychotherapy Integration*, 14, 419-443.
- LYNCH, W.F. (1974). *Images of Hope*. Notre Dame-London: University of Notre Dame Presse.
- MCLEAN, P. (2011). Balancing Hope and Hopelessness in Family Therapy for People Affected by Cancer. *The Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*, 32, 329-342.
- MEISSNER, W. W. (1987). *Life and faith. Psychological perspectives on religious experience*. Washington, D. C.: Georgetown University Press.
- MENNINGER, K. A. (1959). The academic lecture on hope. *American Journal of Psychiatry*, 116, 481-491.
- MEZZENA, G. (1998). Le finzioni. In B. SANFILIPPO. (Ed.). *Itinerari adleriani* (pp. 35-52). Milano: Franco Angeli.
- MINKOWSKI, E. (1968). *Le temps vécu*. Paris: D'Artrey. (Trad. it. *Il tempo vissuto*. Torino: Einaudi, 2004).
- MITCHELL, S. A. (1993). *Hope and Dread in Psychoanalysis*. New York: Basic Books. (Trad. it. *Speranza e timore in psicoanalisi*. Torino: Bollati Boringhieri, 1995).
- O'DWYER, C. (2000). *Imagining one's future*. Roma: Editrice Pontificia Università Gregoriana.
- PAGANI, P. L. (1998). La volontà di potenza e il superamento del sentimento d'inferiorità. In B. SANFILIPPO. (Ed.). *Itinerari adleriani* (pp. 27-34). Milano: Franco Angeli.
- PARENTI, F. (1983). *La psicologia individuale dopo Adler*. Roma: Astrolabio.
- SCHRANK, B. & SLADE, M. (2007). Recovery in Psychiatry. *Psychiatric Bulletin*, 31, 321-325.
- SCHRANK, B., HAYWARD, M., STANGHELLINI, G. & DAVIDSON, L. (2011). Hope in psychiatry. *Advances in Psychiatric Treatment*, 17, 227-235.
- SEARLES, H. F. (1979). *Controtransference and Related Subjects*. New York: International Universities Press. (Trad. it. *Il controtransfert*. Torino: Bollati Boringhieri, 1995).
- SNYDER, C. R. (1994). *The Psychology of Hope*. New York: Free Press.
- SNYDER, C. R. (1995). Conceptualizing, measuring and nurturing hope. *Journal of Counseling and Development*, 73, 355-360.
- STOTLAND, E. (1969). *The Psychology of Hope*. San Francisco: Jossey-Bass.
- WINNICOTT, D. W. (1965). *The Maturation Process and the Facilitating Environment*. London: The Hogart Press and the Institute of Psycho-analysis. (Trad. it. *Sviluppo affettivo e ambiente*, Roma: Armando, 1970).

Kazimierz J. Dudek  
 Studio di Psicologia "Insight"  
 Via Camillo Cavour 6C  
 I-20060 Carugo (CO)  
 E-mail: kdudek@alice.it  
 PEC: kazimierzjan.dudek.940@psypec.it  
 www.studiopsicologiainsight.it

## IL REATTIVO DEL RORSCHACH QUALE STRUMENTO DI LETTURA DELLO STILE DI VITA: L'ANALISI DI DUE PROTOCOLLI IN UN'OTTICA ADLERIANA

CHIARA SCARATTI

### Riassunto

Lo stile di vita è un concetto centrale della teoria adleriana, che racchiude in sé l'unicità e al tempo stesso la complessità dell'individuo. Il reattivo di Rorschach è uno strumento che, inserito in un quadro di valutazione globale della persona, può aiutare a comprendere alcuni aspetti dello stile di vita di un individuo, fornendo ulteriori sfaccettature che si aggiungono a quelle messe in luce dalla costellazione familiare, dai primi ricordi e da quanto emerso dalla conoscenza del soggetto durante i colloqui. Dopo un affondo teorico sul concetto di stile di vita e una presentazione delle varie modalità di indagine dello stesso, con una particolare focalizzazione sul reattivo del Rorschach, verranno presentati a titolo esemplificativo due protocolli, uno di un adulto e uno di un adolescente: l'obiettivo è delineare l'apporto di questo strumento, utilizzato in ottica adleriana, alla definizione dello stile di vita.

### Parole chiave

STILE DI VITA, TEST DI RORSCHACH, POTERE CREATIVO, INDAGINE DELLA PERSONALITÀ

### Abstract

RORSCHACH TEST AS AN INSTRUMENT TO INVESTIGATE LIFESTYLE: THE ANALYSIS OF TWO PROTOCOLS IN THE ADLERIAN PERSPECTIVE. Life style is a central construct in the Adlerian theory, covering both the uniqueness and the complexity of the individual. Throughout the process of global evaluation of an individual, Rorschach test allows to understand some features of the life style, providing an integration of the clinical assessment carried out also through the family constellation, the early memories and what emerged from the knowledge of the individual during the talks. After a theoretical introduction on the concept of life style and the different ways to investigate it, with a particular focus on Rorschach test, this article reports two protocols, administered to an adult and to an adolescent. The aim is to highlight the contribution that Rorschach test, used in the Adlerian perspective, can bring in the definition of life style.

### Keywords

LIFE STYLE, RORSCHACH TEST, CREATIVE POWER, PERSONALITY ANALYSIS

«Avvicinandoci a un individuo dobbiamo esaminarlo profondamente, andare oltre le apparenze e ricercare la coerenza della personalità. L'unità di questa è fissa, in qualunque modo essa si manifesti»

Alfred Adler (1931), *Cosa la vita dovrebbe significare per voi*

### I. Stile di vita e strumenti di analisi

Lo stile di vita rappresenta uno dei concetti cardine della Psicologia Individuale e serve a identificare, in tutta la sua complessità e irripetibilità, l'unità psichica dell'uomo.

Alfred Adler arriverà ad una formulazione completa (1931, 1933) di *stile di vita* che comprende la *meta* dell'esistenza, l'*opinione* che l'individuo ha di sé stesso e del mondo, il suo *modo unico e irripetibile* di lottare per il conseguimento di un obiettivo in una data situazione. In sintesi potremmo dire che «lo stile di vita è l'impronta soggettiva di ogni individuo, costituita dalla risultante di tratti comportamentali, orientamento del pensiero, affetti ed emozioni, articolati al servizio di finalità prevalenti» (Parenti, 1983, p. 25).

La strutturazione dello stile di vita avviene a diversi livelli di consapevolezza, ma l'apporto dei dinamismi inconsci è sicuramente prevalente.

Secondo Adler lo stile di vita si struttura nell'infanzia ed è già ben articolato intorno ai quattro, cinque anni di età attraverso un graduale processo di selezione e di adattamento dinamico, per mezzo del quale ogni individuo provvede a far proprie tutte le scelte, emotive o ragionate, utili al raggiungimento della meta finale, e a rifiutare tutte le altre risoluzioni che non gli paiono produttive (Ferrigno, 2005).

L'individuo è fin da subito soggetto a diverse influenze, soprattutto nei primi anni di vita, quando è più plastico; Shulman & Mosak (1995) hanno messo in luce i principali fattori che possono influenzare la formazione dello stile di vita nell'infanzia (*fattori costituzionali, fattori culturali e fattori familiari*), ma è importante rimarcare che, a fronte di tutti questi fattori esterni, ogni bambino risponde alla situazione secondo la percezione soggettiva che ne ha (Ansbacher & Ansbacher, 1956). Entra qui in gioco il concetto di creatività e di potere creativo dell'individuo<sup>1</sup>, secondo cui l'individuo creativamente elabora le esperienze e le richieste della società, dando un senso a quello che gli capita e costruendo in modo attivo la propria *legge di movimento* (Fassino, 1998). Così Adler (1935) articola il concetto: «Non sono né l'eredità né l'ambiente che determinano la relazione (dell'individuo) col mondo esterno. L'eredità gli assegna solo alcune doti. L'ambiente gli fornisce solo alcune impressioni. Queste doti e impressioni e la maniera in cui egli ne fa "esperienza", cioè l'interpretazione che egli dà di queste esperienze, sono i mattoni che egli usa nelle specifiche modalità "creative", per costruire le proprie attitudini verso la vita» (pp. 5-6). L'individuo non è dunque un recipiente passivo, ma "organizza" attivamente l'informazione nello sforzo d'*interpretare* e di *dare un significato* al mondo interno ed esterno: «egli segue strade soggettivamente diversificate che consentano di padroneggiare la complessità del reale e, dopo aver ricevuto "stimoli" d'ogni tipo, li *filtra* attraverso i personalissimi schemi appercettivi autoplasmati originariamente, riorganizzandoli creativamente in un ordine nuovo» (Ferrigno, 2005, pp. 65-66).

In quest'ottica, se è vero che per Adler lo stile di vita si struttura nell'infanzia e tende a protrarsi per il resto della vita, modificandosi significativamente solo in seguito all'incontro con fattori di notevole entità, possiamo dire che il potere creativo dell'individuo lascia aperte ulteriori vie al cambiamento. Pur riconoscendo, infatti, che gli stimoli assorbiti nell'età evolutiva influiscono in misura preponderante sullo stile di vita, le influenze ricevute in periodi successivi, quali l'esperienza scolastica e le prime esperienze affettivo-sessuali, hanno un ruolo suscettibile di operare modifiche anche importanti. Ogni situazione affrontata dall'uomo nella prima infanzia è, infatti, sottoposta a successivi "collaudi" nella seconda infanzia e nell'adolescenza: ne possono così derivare nuove scelte di compenso che incidono anche sulle mete prevalenti.

Secondo Adler (1933) è la vita stessa che sottopone ad esame il soggetto, segnalando il suo profondo legame ai problemi dell'esistenza, e solo il rapporto dell'individuo con la società può evidenziare il suo stile di vita.

A partire da queste considerazioni, per l'analisi di uno stile di vita il campo d'indagine più immediato è sicuramente il comportamento: la mimica, la gestualità, l'eloquio, gli sguardi, le azioni quotidiane e il modo di reagire alle varie situazioni offrono già un compendio delle mete coscienti o

<sup>1</sup> Il concetto di Sé creativo è stato introdotto tardivamente da Adler nel 1935, ma già nelle formulazioni concernenti lo stile di vita è evidente un'impostazione soggettiva umanistica in antitesi con le concezioni deterministiche e pulsionali della Psicoanalisi (Adler, 1935).

inconsapevoli di un individuo. La conoscenza del suo pensiero e delle sue opinioni permette di risalire in modo più preciso all'immagine reale o idealizzata che il soggetto ha creato di sé; la possibilità di accedere, infine, ai suoi affetti e alle sue emozioni consente di esplorare più in profondità la sua personalità.

Il campo d'indagine dello stile di vita si configura, alla luce di queste premesse, come vasto e articolato. Adler ritiene particolarmente illuminante in questo senso lo studio di alcuni aspetti: la costellazione familiare e i primi ricordi. Ogni soggetto imposta, infatti, il proprio stile di vita utilizzando gli stimoli ricevuti nell'ambito familiare, accogliendoli o rifiutandoli secondo le proprie specifiche caratteristiche ed esigenze. La conoscenza dell'individuo deve per questo motivo partire dall'esplorazione della piccola, ma importantissima, cerchia sociale con cui l'individuo, dalla nascita in poi, si è relazionato: la famiglia di origine. Ulteriori informazioni utili alla ricostruzione dello stile di vita di un soggetto derivano dall'analisi dei *primi ricordi di infanzia*. Le impressioni e le sensazioni custodite nella memoria sono, infatti, il frutto dell'elaborazione soggettiva che ciascun individuo ha fatto dei propri "eventi vissuti" e il grande selezionatore del materiale immagazzinato nella memoria è proprio lo stile di vita (Adler definisce infatti i primi ricordi "prototipi dello stile di vita").

Accanto a queste tecniche individuate da Adler, ulteriori strumenti possono venire in aiuto all'operatore che voglia indagare lo stile di vita di un individuo; tra questi possiamo considerare l'utilizzo di test proiettivi, come ad esempio il reattivo di Rorschach presentato nel prossimo paragrafo, che per la loro natura poco strutturata permettono di fare affiorare l'impronta dello stile di vita. È comunque assai raro che un solo test offra elementi che possano garantire un giudizio attendibile ed esaustivo ed è pertanto importante che esso venga inserito in un percorso più vasto che comporti la somministrazione e il confronto di più reattivi, colloqui liberi da schemi troppo rigidi e valutazioni dinamiche del soggetto nel corso delle prove. Questi test, costituiti da immagini-stimolo ambigue o poco strutturate, sono particolarmente adatti ad esplorare i tratti della personalità, gli aspetti psicodinamici del comportamento ed il loro orientamento, le finzioni e le compensazioni, l'opinione di sé e dei problemi della vita.

### **I.1. Il reattivo del Rorschach in un'ottica adleriana: uno strumento per l'analisi dello stile di vita**

L'indagine sullo stile di vita può essere svolta, come illustrato nel precedente paragrafo, attraverso numerose modalità, che non solo non si escludono a vicenda, ma che anzi permettono, attraverso una loro intelligente comparazione, un'analisi approfondita dell'individuo. I test proiettivi in particolare si rivelano degli strumenti preziosi per l'analisi dello stile di vita in quanto sono basati sulla presentazione al soggetto di stimoli volutamente imprecisi, tali da consentirgli l'attribuzione di un significato in cui egli "proietta", in parte inconsciamente, elementi della propria personalità intellettuale ed affettivo-emotiva. È importante ricordare che la psicodiagnostica non è una scienza esatta in quanto «si applica ad un obiettivo, la psiche umana, soggetto a continue e contingenti variabili emozionali, la cui valutazione, anche se perfezionata, coinvolge sempre una certa componente di empirismo intuitivo» (Parenti & Pagani, 1976, p. 1); le conclusioni a cui si giunge devono, perciò, avere un ruolo indicativo, suscettibile di conferme e revisioni.

Fatte queste premesse, il reattivo del Rorschach rappresenta oggi sicuramente una delle più

valide e delle più diffuse tecniche proiettive per l'esame della personalità.

Il reattivo del Rorschach ha preso il nome dal suo ideatore, Hermann Rorschach, ed è costituito da dieci tavole di cartone, su cui sono raffigurate macchie di inchiostro: cinque in grigio e nero (I, IV, V, VI e VII), due in grigio, nero e rosso (II e III) e tre a più colori (VIII, IX e X). Le tavole sono numerate dall'uno al dieci con numeri romani e hanno una struttura simmetrica, mentre la strutturazione delle forme è assai varia, pur restando sempre ambigua.

Dopo la formulazione originale del suo ideatore, ispirato a precedenti tentativi con macchie di inchiostro estemporanee, questa prova si è arricchita di una vastissima esperienza internazionale e di un'ampia letteratura specifica, che ha permesso di raggiungere una conferma statistica dei suoi scopi essenziali. L'orientamento dei diversi autori non ha sempre coinciso, tanto che oggi coesistono modalità di applicazione e di interpretazione con note in reciproco contrasto.

Parenti e Pagani (1976), adottando criteri di selezione ispirati a una base sperimentale e a un'esperienza nell'applicazione del reattivo del Rorschach di circa venticinque anni, si sono proposti di semplificarne la metodologia, cercando di escludere quelle varianti alla tecnica originale che non avessero mostrato di possedere una sufficiente efficacia o che potessero comportare, per la loro incostanza, un rischio di errore diagnostico troppo elevato. La loro versione del test si è attenuta globalmente ai concetti ispiratori di Hermann Rorschach, apportando ad essi solo alcune modifiche settoriali condizionate da esigenze pratiche di semplificazione e di concretezza clinica. Pur conservando al test tutta la sua validità, la sua semplificazione si è tradotta da un lato in un impiego meno oneroso per l'esaminatore, dall'altro in una minore incidenza di ipotesi diagnostiche poco attendibili o azzardate.

È bene sottolineare che la prova del Rorschach non è nata primariamente con intenti psicoanalitici, infatti una corretta analisi prevede un'elaborazione del tutto particolare dell'intero materiale raccolto sul soggetto, autonoma rispetto ai concetti ispiratori del test. La linea di pensiero adleriana tende a rifiutare una classificazione troppo rigida, prefigurata e universale del linguaggio simbolico, in quanto ritiene che ogni individuo strutturi i suoi simboli, facendo convergere su di essi elementi estremamente variabili del suo vissuto personale e altri acquisiti dalla cultura dell'ambiente in cui è inserito. In base a queste considerazioni Parenti e Pagani (1976) evidenziano che se il test è somministrato ad un soggetto non sottoposto ad analisi secondo la psicologia del profondo, a tale rilievo può essere attribuito solo un valore orientativo generale. Se invece la sua applicazione avviene nel corso di un trattamento psicoterapeutico, le indicazioni profonde tratte dal Rorschach possono divenire un valido elemento chiarificatore, da collaudarsi ulteriormente.

Al di là di queste precisazioni, bisogna riconoscere che il reattivo del Rorschach consente di acquisire dati largamente indicativi sulla struttura generale della personalità, sull'intelligenza e su alcune sue componenti settoriali, sul tono e sull'orientamento di base dell'emotività e dell'affettività, oltre che sull'eventuale esistenza di psiconevrosi e di più gravi sofferenze di interesse psichiatrico, da approfondire in ogni caso in tempi successivi.

Il reattivo del Rorschach è applicabile con successo ai soggetti che presentino un'età mentale superiore a quella minima scolastica (sei anni), mentre l'impiego con bambini di età inferiore o con soggetti con gravi insufficienze mentali offre notevoli differenze individuali dovute sia al livello dello sviluppo intellettuale che dell'orientamento emotivo. Nel bambino e nell'adolescente risulta

particolarmente importante l'osservazione del comportamento durante la prova (Parenti & Pagani, 1971), in quanto questo può condizionare, più che nell'adulto, tutta la psicodiagnosi<sup>2</sup>.

Il reattivo di Rorschach può essere somministrato in qualunque momento della terapia: nella prima fase come nel corso dell'analisi; per l'approccio adleriano risulta in ogni caso fondamentale che esso sia inserito dopo una conoscenza almeno iniziale del paziente, e che sia collocato all'interno di un insieme di colloqui che possano aiutare a contestualizzare quanto emerge dal test.

È importante fare sempre precedere l'inizio della prova da un breve colloquio, in particolare quando il reattivo è somministrato per scopi diagnostici o nelle primissime fasi della terapia. La struttura del discorso introduttivo dovrà essere articolata con estrema elasticità, a seconda dell'età e della cultura dell'esaminato<sup>3</sup>. Si dirà al soggetto, con le parole più adatte caso per caso, che gli si presenteranno delle macchie astratte, prive cioè di un reale significato; lo si inviterà quindi ad osservarle e a dire che cosa potrebbero rappresentare o che cosa gli richiamano alla mente. È soprattutto importante che il soggetto si trovi in una situazione di completa libertà interpretativa, rimarcando che in nessun caso le sue risposte comporteranno degli errori. Le tavole devono quindi essere presentate al soggetto nel loro orientamento naturale, senza alcuna premessa circa la libertà di girarle e in modo il più possibile neutrale, e successivamente consegnate nelle sue mani, così da concedere il massimo della libertà e della spontaneità e di lasciare all'esaminato scelte autonome di comportamento.

I fattori di valutazione di ciascuna risposta sono quattro<sup>4</sup>:

- la *localizzazione*, che rappresenta la quantità di tavola interpretata;
- le *determinanti*, ossia i presupposti percettivo-interpretativi che determinano la risposta;
- i *contenuti* dei temi sviluppati nella risposta;
- la *frequenza*, cioè la rilevazione dell'incidenza statistica di quella risposta.

A questi fattori se ne aggiungono altri ad essi legati:

- il *modo di comprensione*, ovvero il rapporto quantitativo tra le varie risposte di localizzazione presenti nell'intero protocollo;
- la *successione*, che rappresenta l'ordine con cui il soggetto presenta le varie risposte di localizzazione (successione naturale, disordinata, rovesciata);
- il *Tipo di Risonanza Intima (T.R.I.)*, che indica il raffronto quantitativo tra le risposte movimento M e l'insieme delle risposte colore (FC, CF, C) ed è il cardine di tutta la psicodiagnosi per quanto riguarda la valutazione delle condizioni affettivo-emotive del soggetto.

È importante registrare il tempo dello svolgimento della prova, annotando l'orario di inizio e di fine della somministrazione del test, prendendo nota anche del tempo di latenza che intercorre tra la presentazione di ogni singola tavola e la comparsa della prima risposta, e la posizione della tavola (naturale, rovesciata, laterale). È necessario infine annotare eventuali fenomeni particolari che possono presentarsi durante lo svolgimento della prova, quali *Turning*, *Shock colore*, *Shock al grigio*, critiche ed altre osservazioni dinamiche sul comportamento.

<sup>2</sup> Si deve ad esempio considerare il livello di attenzione accordata al test, oltre che la disposizione affettivo-emotiva del soggetto verso l'esaminatore.

<sup>3</sup> Con i bambini più piccoli è quasi sempre necessario illustrare la situazione come un gioco; con gli adolescenti più maturi invece, consapevoli di affrontare una prova psicologica, è meglio evitare finzioni.

<sup>4</sup> In questa sede verrà data solo una descrizione sintetica della siglatura e delle modalità di interpretazione del reattivo, rimandando i necessari approfondimenti al testo di riferimento "Il reattivo del Rorschach nell'età evolutiva", Parenti F. e Pagani P.L. (1976).

Tutte le risposte devono quindi essere registrate e siglate in un protocollo, redatto il quale si procede al conteggio dei vari elementi registrati che viene riportato sullo psicogramma.

Da un'attenta analisi dello psicogramma è possibile definire alcune linee interpretative sui vari aspetti della personalità e formulare ipotesi sullo stile di vita del soggetto esaminato. Il reattivo del Rorschach è in grado ad esempio di offrire molti elementi atti a delineare la potenzialità intellettuale di base di un individuo, anche se può presentare interferenze di natura extra-intellettuale tanto intense da neutralizzare in tutto o in parte tali significazioni. Così come è in grado di offrire spunti per la descrizione affettivo-emotiva della persona in termini di ricchezza, dilatazione e direzione.

Nell'interpretazione del reattivo è però molto importante tenere presente l'estrema duttilità dei vari elementi dello psicogramma: ciascuno deve sempre essere valutato congiuntamente a tutti gli altri dati in quanto ogni segno può variare il proprio valore e il proprio significato nel momento in cui si pone in relazione agli altri segni.

Nel prossimo capitolo verranno illustrati due esempi di utilizzo e interpretazione del reattivo del Rorschach.

## **II. Presentazione di due casi clinici**

---

Verranno ora presentati due esempi di utilizzo e interpretazione del test di Rorschach, somministrato ad un adolescente e ad un adulto, evidenziando come dall'analisi di ognuno dei protocolli emergano in qualche modo degli spunti che permettono di fare luce sul loro stile di vita.

### **II.1. Il caso di Dario**

---

- *Sintesi delle notizie raccolte*

Dario è un ragazzo di tredici anni, secondogenito di tre fratelli e una sorella minore. Sta vivendo una situazione familiare difficile in quanto il padre sta lottando da due anni contro un tumore. Il padre cerca in tutti i modi di condurre una vita normale e di essere accanto ai figli nelle loro attività, ma è spesso indebolito dalla chemioterapia ed alterna periodi in cui sta meglio a peggioramenti. I due figli più grandi, tra cui Dario, sono informati di questa situazione, mentre i due più piccoli no. Sono molto presenti le figure dei nonni, sia materni che paterni, che sono vicini alla famiglia, fornendo sia sostegno emotivo che pratico. Dario gioca a calcio e a scuola ha un rendimento molto alto, ma nell'ultimo anno gli insegnanti lamentano un comportamento difficile da gestire (disturba continuamente insegnanti e compagni, provoca, non riesce a stare fermo); anche a casa il comportamento del ragazzo è molto aggressivo, caratterizzato da continui litigi ed attacchi verso i fratelli. La madre, provata dalla malattia del marito, è molto preoccupata anche per Dario e gli propone un incontro con la psicologa che lui accetta di buon grado.

La somministrazione del Rorschach avviene dopo circa due mesi dall'inizio del percorso.

- *Dinamica comportamentale e colloqui*

Durante il primo incontro Dario è taciturno e un po' imbarazzato, fatica a parlare spontaneamente e risponde in modo sintetico alle domande e agli inviti della psicologa. Si mette più facilmente in

gioco attraverso strumenti grafici e giochi, ed esprime fin da subito il desiderio di tornare la settimana successiva. Nel corso degli incontri diventa più sciolto e si mostra molto riflessivo e capace di intuizioni sul suo modo di comportarsi e di relazionarsi agli altri.

Il clima durante la somministrazione del Rorschach è sereno e collaborativo.

- *Descrizione e interpretazione del protocollo*

Il protocollo presenta un numero elevato di risposte, leggermente superiore alla media ( $R=36$ ) con tempo medio di reazione lievemente inferiore alla norma ( $T.m.r = 28''$ ).

Il modo di comprensione è deviato verso le risposte globali ( $G+G + DG = 53\%$ ), prevalentemente globali complete (84 % delle globali); bassa incidenza delle risposte dettaglio ( $D+Dd = 44\%$ ), con una sola risposta  $Dd$ . Degna di nota la presenza di tre risposte dettaglio bianco ( $Db1 = 8\%$ ).

La successione è tendenzialmente disordinata.

La percentuale delle risposte forma è bassa ( $F = 28\%$ ), con qualità della percezione però sempre obiettiva.

Il tipo di risonanza intima è espanso ( $T.R.I = 52\%$ ) ed extratensivo con una prevalenza del colore attenuato ( $CF/FC = 2:6$ ). È presente una risposta di movimento inanimato ( $m$ ) e si rileva una notevole incidenza del chiaroscuro ( $CHS, CHST, CHSP$ ).

La percentuale di risposte animali si posiziona nella norma ( $A+Ad = 47\%$ ); per contro risulta molto bassa la percentuale di risposte umane ( $H+Hd = 3\%$ ), con una sola risposta  $H$  alla tavola III.

È presente una notevole varietà di altri contenuti, tra cui si segnala una forte presenza di risposte a contenuto aggressivo (13 Aggr.), a cui si somma 1 risposta sangue (Sangue), 1 risposta esplosione (Expl.), 1 risposta orrore (Orr.). Inoltre 1 risposta simbolica (Simb.), 1 risposta depressiva (Depr.) e 1 risposta vestito (Vestito).

L'incidenza delle risposte banali è leggermente al di sotto della media ( $Ban=17\%$ ); mentre è alto il numero di originali tutte percettivamente corrette (9 O+).

Si registra uno Shock colore alla tavola VIII e un fenomeno di Turning alla tavola VII.

Il reattivo segnala un'intelligenza di livello superiore, molto creativa, di tipo intuitivo-sintetico (elevato numero di risposte,  $G \%$ , buona incidenza di  $M$ , varietà di contenuti, O+) e anticonformista (successione prevalentemente disordinata). Sono presenti spunti polemici ed oppositivi ( $Db1 \%$ ); questi ultimi, sommati ad una notevole quota d'ansia ( $CHS$ ) costituiscono un limite per la piena estrinsecazione della stessa intelligenza.

La personalità è ricca ( $T.R.I$  espanso ed extratensivo) sia di fattori emotivi sia affettivi, ma soprattutto aggressivi (Aggr, CF), tali da generare ansia ( $CHS$ ) e tensioni dovuti anche a conflitti non risolti ( $m$ ).

La vita sociale e di relazione è insoddisfacente, nonostante le notevoli potenzialità (intellettive ed emotive) di cui è dotato il soggetto. Sono infatti tali potenzialità che condizionano un adeguato adattamento agli standard ambientali e rendono difficili i rapporti interpersonali per la già citata impronta oppositiva ( $Db1 \%$ ) e per lo stile apertamente aggressivo (13 Aggr.). Il rapporto con l'ambiente è infatti mediato da questa forte componente aggressiva e ansiogena che disturba le relazioni interpersonali e inducono il soggetto a proteggere aspetti di sé. Rischia di delinarsi uno stile di vita orientato ad una forte leadership con connotati negativi.

- *Giudizio conclusivo*

Dario accoglie la restituzione del Rorschach con grande attenzione. Negli incontri successivi riesce a verbalizzare il fatto di assumere un ruolo, nello specifico il suo ruolo aggressivo e provocatorio, per “fare vedere agli altri” di essere in grado di cavarsela da solo e per fare loro capire chi è il più forte. Ammette però come tutto questo lo porti ad essere profondamente solo e a nascondere il suo lato più sensibile e allegro. Le metafore di guerra sono quelle che usa per definire come si sente e per esprimere con un’immagine visiva sia le difese che utilizza sia il peso che queste comportano. Appare molto sollevato anche dalla restituzione riguardo alla sua intelligenza e creatività, che rispecchiano anche il suo modo di sentirsi e comportarsi a scuola.

## **II.2. Il caso di Michele**

---

- *Sintesi delle notizie raccolte*

Michele ha trentatré anni ed è in carico al CPS da alcuni anni per problemi legati prevalentemente all’ansia, che si manifesta più come ansia generalizzata che come attacchi di panico veri e propri; in particolare l’ansia viene somatizzata e l’uomo lamenta frequenti cefalee e dolori cervicali. La diagnosi di ingresso è “disturbo fobico-ossessivo”. In passato ha seguito una terapia ansiolitica e antidepressiva, che ha ripreso da circa due anni. Ha chiesto più volte di cambiare psichiatra all’interno del CPS; ha già intrapreso tre anni fa un percorso psicologico che però ha interrotto dopo poco tempo.

Lavora in modo stabile come ragioniere presso una ditta locale, professione che svolge senza particolare passione e che anzi è spesso causa di ansie e preoccupazioni.

Ha da circa due anni una relazione con una donna più grande di lui, con già due figli piccoli nati dal precedente matrimonio, ma vive ancora in casa con i genitori e la sorella minore.

Lo psichiatra del CPS gli propone di affiancare alla farmacoterapia per l’ansia un percorso psicologico, che l’uomo accetta di intraprendere.

La somministrazione del Rorschach avviene dopo circa cinque mesi dall’inizio della terapia.

- *Dinamica comportamentale e colloqui*

Il soggetto si mostra fin da subito motivato al trattamento; parla molto e mostra una certa fatica in chiusura delle sedute. All’inizio della terapia il tema centrale era quello della gestione dell’ansia, che prendeva spesso la forma di somatizzazioni che occupavano tutti i suoi racconti; nel corso dei mesi questo aspetto è passato in secondo piano per lasciare spazio anche ad altre questioni legate alla vita relazionale del paziente e a suoi vissuti di insicurezza. Anche il rapporto con la psicologa sembra essersi evoluto: inizialmente il soggetto cercava di ottenere indicazioni e “compiti” dalla terapeuta, con un forte atteggiamento di delega misto a pretesa; andando avanti nel percorso tale atteggiamento è venuto meno e il paziente ha cominciato a mostrarsi più critico e disposto a mettersi personalmente in gioco.

La somministrazione del reattivo del Rorschach viene accolta con interesse e curiosità e il clima durante lo svolgimento è sereno e collaborativo.

- *Descrizione e interpretazione del protocollo*

Il numero di risposte è nella norma (R=27) con un tempo medio di reazione superiore alla media (T.m.r = 73").

Il modo di comprensione è equamente ripartito fra risposte globali (G+G +DG = 41%) e risposte dettaglio (D+Dd = 59%), con una sola risposta dettaglio piccolo. Degna di nota è l'incidenza delle risposte globali incomplete (G = 45% delle globali). Si rilevano inoltre due risposte dettaglio bianco (Dbl = 7%).

La successione è tendenzialmente ordinata.

La percentuale delle risposte forma è al di sotto della norma (F=30%), sempre però percettivamente corrette.

Il Tipo di Risonanza Intima è fortemente espanso (T.R.I = 63%) ed extratensivo, con una qualità del colore attenuata (C+F/FC = 3½ : 5). Sono presenti tre risposte chiaroscuro (CHS).

Tra i contenuti la percentuale delle risposte umane è nella media (H = 26%), ma quasi la metà delle figure umane è percepita solo come dettaglio. Leggermente sotto la norma è invece la percentuale di risposte animali (A+Ad = 33%).

È presente una certa varietà degli altri contenuti, tra cui si segnala una forte presenza di risposte anatomiche (Anat. = 6). Inoltre 3 risposte depressive (Depr.), 3 Orrore (Orr.), 2 Sangue (Sangue), 1 Sadica (Sad.), 1 aggressiva (Aggr.), 1 religiosa (Rel.), 1 Vestito (Vestito), 1 Acefala (Acefala), 1 simbolica (Simb.), 2 sessuali (Sex). Da segnalare inoltre due stereotipie (Stereot).

L'incidenza delle risposte banali è al di sopra della media (Ban = 30%). Sono presenti però anche molte risposte originali, generalmente rispettose dell'obiettività (5 O+ ; 1 O +/-).

Si rileva uno *Shock* colore alle tavole II e IX con connotazione negativa e Shock al grigio alle tavole IV e VI. Frequente il Turning, a partire dalla seconda metà del protocollo quando il soggetto chiede della possibilità di girare le tavole (tavole VI, VIII, IX, X).

Sono presenti frequenti commenti nella direzione di autocritiche e giustificazioni, prevalentemente per l'esigenza manifestata di collegare tutte le risposte date ad alcune tavole (Tavole III, VI, VII, X).

Il reattivo segnala un'intelligenza di buon livello (G %, O+, buona incidenza di M, H %, varietà di contenuti), capace sia di sintesi che di analisi (modo di comprensione equilibrato), ricca di immaginazione e creatività, non completamente espressa per la presenza di forte insicurezza e ansia (G/, aumento del tempo medio di reazione, CHS, presenza di molti commenti e giustificazioni), che ne attenuano le capacità di osservazione e concentrazione (F = 30%). Si segnala inoltre un sottotondo polemico e critico/aggressivo (Dbl = 7%).

La vita emotivo-affettiva è molto ricca (T.R.I espanso: 63%), con tendenza all'extratensione (T.R.I. = 8½:4), con la presenza di un'emotività prevalentemente controllata, ma capace di manifestarsi di tanto in tanto fuori misura (1 C, 2 Sangue, 2 Shock colore).

Si rileva la presenza di ansie e angosce profonde (CHS%), che condizionano la vita sociale e di relazione; i rapporti interpersonali, seppure desiderati, sono spesso bloccati dall'incapacità del soggetto di costruire relazioni soddisfacenti e profonde (%Hd, H Acefala, shock al grigio, 3 Orr). Si rileva la presenza di problemi nell'ambito della sessualità (2 Sex) e il bisogno di nascondere alcuni aspetti non graditi della propria personalità (Vestito).

È presente una componente di tipo fobico (6 Anat, shock colore alle tavole II e IX, risposte del

gruppo aggressivo) con note di forte preoccupazione per la propria condizione di salute e un generale abbassamento del tono dell'umore (3 Depr).

La strutturazione di tipo fobico-ossessivo non è però confermata da altri elementi (F% sotto la media, T.R.I dilatato) mettendo in luce una situazione di ambivalenza, che sembra dovuta alla presenza di dinamiche in atto, probabilmente dovute al percorso terapeutico in corso. Il reattivo sembra fotografare una fase di modificazione, in cui il controllo si attenua per lasciare affiorare le emozioni.

- *Giudizio conclusivo*

Il protocollo fornito dal soggetto contribuisce, insieme ad altri elementi, a delineare una personalità e uno stile di vita contraddistinti da alcuni elementi che però si stanno in parte modificando, come confermato anche dall'andamento della terapia. La restituzione di quanto emerso sembra diventare essa stessa un momento terapeutico per il soggetto, che si riconosce nell'interpretazione scaturita. Rimane in particolare colpito dal riconoscimento di sue potenzialità, intellettive ed emotive, presenti, ma spesso inibite dall'ansia. Nelle sedute successive riprende anche la questione della sua difficoltà a costruire rapporti interpersonali completi, riconoscendo la sua mancanza di un "reale interesse per l'altro, a causa della sua ansia". Il percorso terapeutico è tuttora in atto.

### **III. Conclusioni**

---

I due casi presentati vogliono essere un esempio concreto di come il reattivo del Rorschach può contribuire a fare luce sullo stile di vita di un individuo. Si parla di un contributo, in quanto la complessità dell'umano mal si presta ad essere ingabbiata in facili definizioni. È l'intreccio dei vari punti di vista e dei vari modi di guardare una persona che permette l'emergere di una visione quanto più possibile completa del suo stile di vita.

Come Adler (1933) stesso mette in luce in un passaggio de "Il senso della vita" «Tutti i risultati di una ricerca così condotta [...] vanno valutati con la massima cautela e provati dalla loro concordanza armonica con altre considerazioni» (4, p. 35).

In entrambi i casi riportati inoltre la restituzione del reattivo, inserito all'interno di un percorso di terapia, ha saputo rivelarsi essa stessa un "momento terapeutico". Lo stile di vita, del resto, può essere modificato proprio all'interno di un percorso analitico. Certo il Rorschach non è l'unico strumento a disposizione del clinico, ma nei casi presentati ha saputo "fotografare" alcuni aspetti dei due soggetti che hanno permesso di confermare ed approfondire ulteriormente la loro conoscenza.

In questo lavoro non si è riscontrata una particolare differenza nell'uso del reattivo con il paziente adolescente e con l'adulto; questo perché il ragazzo, come si è visto nel precedente capitolo, presentava dei segni del tutto particolari di un'intelligenza superiore alla media e alla sua età, aspetto che si è rispecchiato anche nel suo modo di affrontare la prova. Normalmente la somministrazione del test a soggetti di età differente può caricarsi di sfaccettature ed implicazioni particolari, sempre però legate alle caratteristiche uniche di quella persona. Inoltre non bisogna dimenticare che l'utilizzo di altri reattivi può contribuire ad ampliare ed approfondire quanto emerso dal test di Rorschach, su cui in questa sede si è scelto di soffermarsi.

L'affascinante sfida per la coppia creativa formata da terapeuta e paziente è quella di comprendere sempre di più e laddove necessario riadattare lo stile di vita, sollecitando una nuova autonomia nel soggetto scaturita proprio dall'*insight* analitico, perché quell'impronta soggettiva, unica ed inimitabile che caratterizza ogni individuo possa portarlo a strade migliori.

---

## BIBLIOGRAFIA

---

- ADLER, A. (1912). *Über den nervösen Charakter*. Wiesbaden: J. F. Bergmann. (Trad. it. *Il Temperamento Nervoso*. Roma: Newton Compton, 1971).
- ADLER, A. (1927). *Menschenkenntnis*. Lipsia: Hirzel. (Trad. it. *La conoscenza dell'uomo nella Psicologia Individuale*. Roma: Newton Compton, 1975).
- ADLER, A. (1931). *What life should mean to you*. Boston: Little Brown & Co. (Trad. it. *Cosa la vita dovrebbe significare per voi*. Roma: Newton Compton, 1994).
- ADLER, A. (1933). *Der Sinn des Lebens*. Vienna-Lipsia: Rolf Passer. (Trad. it. *Il senso della vita*. Roma: Newton & Compton, 1997).
- ADLER, A. (1935). The Fundamental views of Individual Psychology. *International Journal of Individual Psychology*, 1, 3-7. (Trad. it. I concetti fondamentali della Psicologia Individuale. *Rivista di Psicologia Individuale*, 33, 1993, 5-9).
- ANSBACHER, H. L. & ANSBACHER, R. R. (1956). *The Individual Psychology of Alfred Adler*. New York: Basic Books. (Trad. it. *La Psicologia Individuale di Alfred Adler*. Firenze: Martinelli, 1997).
- FASSINO, S. (1998). Lo stile di vita e il Sé creativo. In B. SANFILIPPO. (Ed.). *Itinerari adleriani. La psicologia del profondo incontra la vita sociale* (pp. 53-71). Milano: Franco Angeli.
- FERRIGNO, G. (2005). Il "piano di vita", i processi selettivi dello "stile di vita" e la comunicazione intenzionale implicita della "coppia terapeutica creativa": dalla "teoria" alla "clinica". *Rivista di Psicologia Individuale*, 58, 59-97.
- PARENTI, F. (1983). *La Psicologia Individuale dopo Adler*. Roma: Astrolabio.
- PARENTI, F. & PAGANI, P. L. (1971). *Manuale per l'esame psicologico del bambino e dell'adolescente*. Milano: Hoepli.
- PARENTI, F. & PAGANI, P. L. (1976). *Il reattivo del Rorschach nell'età evolutiva*. Milano: Hoepli.
- SHULMAN, B. H. & MOSAK, H. H. (1988). *Manual for Life Style Assessment*. London: Taylor & Francis. (Trad. it. *Manuale per l'analisi dello stile di vita*. Milano: Franco Angeli, 2008).

Chiara Scaratti  
Via Garibaldi, 42  
I-25036 Palazzolo S/O (BS)  
E-mail: chiara.scaratti@gmail.com

## SGUARDO SULL'ALZHEIMER

SIMONA BRAMBILLA

*Riassunto*

Il nostro sguardo sull'Alzheimer, al giorno d'oggi patologia a forte impatto sociale, parte dall'osservazione delle immagini di autoritratti del pittore americano William Utermolhen, affetto da questa malattia. Ne derivano spunti riflessivi riguardo la memoria, le emozioni e la comunicazione relativi a questa malattia degenerativa.

*Parole chiave*

ALZHEIMER, MEMORIA, ARTE, EMOZIONI

*Abstract*

A LOOK INTO ALZHEIMER. Our view on Alzheimer, nowadays pathology with a strong social impact, is based on the observation of the images of portraits of American painter William Utermolhen, suffering from this disease. In the article there are reflections about memory, emotions, and communication related to this degenerative disease.

*Keywords*

ALZHEIMER, MEMORY, ART, EMOTIONS

«Ci sono in noi infiniti segni che si sono incisi e la memoria opera tra questi scegliendo misteriosamente, forse secondo il senso che ognuno vorrebbe dare alla propria esistenza».

Giuseppe Zigaina, Il Corriere della Sera, 06.04.2014

**I. Introduzione**

Se al giorno d'oggi sono sempre più i riflettori accesi sulla demenza di Alzheimer, dato l'impatto di questa patologia sulla società attuale, il nostro vuol essere solo uno "sguardo" rivolto a questa malattia con l'intento di suscitare stimoli di approfondimento.

Ad ispirare questo lavoro sono state le immagini, trovate sul web nel corso di una ricerca personale, degli autoritratti di William Utermolhen, artista americano nato nel dicembre 1933 e morto nel marzo 2007, che ha vissuto e operato a lungo a Londra. Nel 1997 gli fu diagnosticata la malattia di Alzheimer: da allora cominciò a dipingere soltanto se stesso, raccontando attraverso le sue opere la storia di questa implacabile malattia<sup>1</sup>.

La demenza di Alzheimer, nelle sue forme senili e presenili, ha una genesi multifattoriale. È una malattia ad esordio insidioso, di tipo degenerativo, che comporta un graduale deterioramento mentale con disorientamento, disturbi della memoria, confusione e progressiva demenza, spesso accompagnata da disfasia e/o aprassia. Questa patologia può, in fase terminale, provocare contrazioni spastiche e paralisi degli arti, epilessia ed altri segni neurologici. Generalmente ha decorso lento e progressivo, di durata variabile dai cinque ai dieci anni e in alcuni casi anche fino a venti anni. È caratterizzata dal punto di vista morfologico da atrofia delle circonvoluzioni cerebrali e dilatazione dei ventricoli e istologicamente da atrofia e perdita di neuroni, in particolare dello strato corticale più esterno, con comparsa di grossi filamenti fortemente argento-fili all'interno dei neuroni, proliferazione di cellule

<sup>1</sup> <http://www.artesociale.it>

giali, presenza di numerose placche senili costituite da depositi argirofili amorfi e degenerazione granulo vacuolare dell'ippocampo. La diagnosi è possibile solo su base istopatologica (Churcill, 1994; Fassino, 2007).

Nelle persone affette da questo tipo di demenza il senso della propria identità può persistere sino agli stadi più avanzati della malattia. Con il progredire di questa, si ha un crescendo di difficoltà che portano il paziente a reazioni dettate da sentimenti e agiti quali rabbia, ansia e aggressività. Proprio perché persiste la memoria remota rispetto a quella recente e la consapevolezza di sé può rimanere intatta, molti pazienti conservano il ricordo di come erano e rimangono fortemente disturbati dal loro attuale stato disfunzionale. Mano a mano che i ricordi remoti svaniscono, con il peggioramento della malattia, anche il senso di identità del paziente inizia a scemare (Gabbard, 2005).

Allo stato attuale vi è una *terapia farmacologica*, non certo risolutiva, rappresentata da molecole che inibiscono l'acetilcolinesterasi, responsabile del processo degenerativo, quali donepezil, rivastigmina e galantamina (che mirano a prevenire il *deficit* colinergico osservato in questi pazienti) e bloccanti del recettore NMDA del glutammato (memantina), che pur non agendo a livello eziopatologico o eziopatogenetico, possono in qualche modo rallentare il decadimento cognitivo.

Sempre più spazio però sembra avere la *terapia non farmacologica*: occupazionale, ambientale, della reminiscenza con l'obiettivo, questa, di incoraggiare i pazienti a raccontare ripetutamente episodi della loro vita; in questo modo il paziente si sente meno isolato e i suoi ricordi diventano un testimone degli eventi che hanno caratterizzato la sua vita. Sono così evocati il ricordo di sé, la memoria antica, non più la presente, attraverso la riproduzione di atteggiamenti di vita e storie di vita che possono rafforzare l'identità personale. Sono tutte strategie terapeutiche volte a riscoprire il ruolo positivo del ricordo delle esperienze passate. Non ultime l'arte-terapia o la musico-terapia, con l'intento, queste, più di arginare stati di *wandering* o di affaccendamento, tipici delle fasi medio-avanzate della malattia.

I malati di Alzheimer hanno “delle isole della memoria” che, se scoperte e utilizzate, possono avere un effetto attivante e favorire ulteriori ricordi (Gabbard, 2005). Ci riferiamo al concetto di *neuroplasticità*: il cervello umano danneggiato (per affezione, disfunzione o invecchiamento inevitabile) possiede la capacità di riorganizzarsi in risposta a stimoli specifici che permettono di rafforzare e/o compensare capacità cognitive compromesse migliorandone la funzionalità su scala globale (Kramer, Erikson & Stanley, 2006). È a partire da questo presupposto che si è vista l'utilità di abbinare più interventi operativi su vari versanti (farmacologico, logopedico, fisioterapico, conversazionale, occupazionale) al fine di migliorare la qualità della cura e potenziarne l'efficacia. Se vi è un cambiamento strutturale sinaptico nei circuiti che riguardano la memoria a lungo termine, in quelli relativi alla memoria a breve termine vi è solo un cambiamento funzionale. Importante è la ricchezza di stimoli cui viene sottoposto il cervello del malato che conduce a plasmare o a rinforzare i circuiti neuronali, in una sorta di “compensazione” al difetto creatosi.

## **II. Comunicare con il malato di Alzheimer**

---

Se la persona umana è un essere comunicante, così come è un essere pensante e sociale, la comunicazione non va considerata solo come un mezzo e uno strumento. Essa è un aspetto costitutivo

del soggetto e comprende tre dimensioni inscindibili: la dimensione cognitiva (in quanto in stretta connessione con il pensiero, con l'intenzionalità e con l'azione pianificata), la dimensione relazionale che prevede l'interazione con gli altri e il contatto sociale, e infine la dimensione espressiva delle manifestazioni artistiche.

Il linguaggio è una tappa evolutiva nello sviluppo del bambino; la comunicazione verbale intenzionale si forma intorno ai due anni di età, espressione di bisogni relazionali, comunicativi dell'innato sentimento sociale (Adler, 1908). Nello sviluppo individuale, fin dalle prime settimane di vita, il neonato elabora con l'adulto di riferimento precisi e importanti processi comunicativi preverbalmente attraverso i quali viene presentato al bambino il mondo da parte dell'adulto e attraverso queste precoci acquisizioni cognitive si evidenzia l'interdipendenza tra pensiero e linguaggio: il linguaggio è il mezzo che consente di congiungere il pensiero al bisogno di comunicarlo a qualcun altro: è l'esperienza di esprimere le proprie idee, conoscenze, desideri, emozioni, a qualcuno diverso da sé. Ogni linguaggio conduce a compimento un pensiero: non vi è prima un pensiero e poi un linguaggio che lo esprime, ma pensiero e linguaggio si articolano in modo reciproco (Ferrigno, 2006).

Apriamo uno spunto riflessivo su ciò che la comunicazione significa o meglio su quanto rappresenti l'oggetto stesso che costituisce la comunicazione, ovvero la "parola". Sia nel linguaggio scritto che in quello parlato, la parola rappresenta la base e l'epilogo di ogni comunicazione. Essa si riferisce alla realtà, che deve cercare di definire sia dal punto di vista della sua concretezza (significato) che della sua appercezione (significante). Deve inoltre saper ricostruire ciò che viene visto, esperito, pensato, affinché possa essere capita. Entrano allora in gioco diversi fattori che la parola deve possedere, soprattutto per quanto riguarda il suo aspetto ricostruttivo: il possesso dello stesso codice (il linguaggio), la mancanza di una qualsiasi patologia che si lega alla trasmissione o alla ricezione del messaggio; le condizioni dell'apparato culturale di riferimento.

Ma per spiegare ciò che si vuol dire o trasmettere, tutto questo non è sufficiente: occorre infatti poter evocare immagini già possedute dalle persone cui rivolgiamo il messaggio. Occorre dunque condividere le immagini che il messaggio propone. Secondo un noto cantautore «è difficile spiegare, è difficile capire, se non hai capito già»<sup>2</sup>. Ciò che si è già capito, che è noto, non è tanto lo strumento che si utilizza per comunicare, quanto il contenuto, il comunicato. Si tratta di attribuire un significato a ciò che il detto rappresenta. D'altra parte tutto questo non è sempre del tutto oggettivo, anzi vi è un forte grado di soggettivizzazione nella nostra comunicazione: comunicare non significa solo trasmettere informazioni. Ogni scambio comunicativo implica, infatti, un'interazione fra individui, intessendo così dei legami tra i soggetti.

«Questi diversi aspetti dell'intersoggettività dipendono dalla costituzione di uno "spazio di senso interpersonale condiviso" [...] sostenuto da uno specifico meccanismo funzionale: la simulazione incarnata» (Gallese, 2005, p. 69). Questo meccanismo garantisce la nostra consonanza intenzionale con gli altri, la sintonizzazione tra menti, fondamento della vera comunicazione, dell'incontro autentico e della comprensione dell'altro, il cui substrato funzionale è costituito dal sistema dei *neuroni mirror*, insieme ad altri analoghi circuiti tipo *mirror* non motori. La "simulazione incarnata" è dunque la giustificazione neuronale dell'empatia. Sembra così che anche le neuroscienze confermino

<sup>2</sup> Francesco Guccini in "Vedi cara".

il carattere sociale dell'esistenza umana e psicologica oltre che l'importanza della mente relazionale con la dimostrazione di meccanismi neurofisiologici specifici che sostengono i vissuti empatici del rapporto umano e che sono quindi le basi nervose dell'intersoggettività. Si ha la conferma che il cervello umano è organizzato per favorire le relazioni e per strutturarsi attraverso interazioni tra processi neurofisiologici e relazioni interpersonali. Tali interazioni svolgono un ruolo centrale nel determinare e condizionare la crescita delle strutture cerebrali nei primi anni di vita, ma influenzano le attività mentali anche nel corso dell'intera esistenza. Questa neurobiologia interpersonale è fondata sulla relazione empatica (Fassino, 2005).

Ne deriva che «ogniquale volta un individuo comunica qualche cosa ad un altro, egli definisce nel medesimo tempo se stesso e l'altro, nonché la natura della relazione che li unisce. La comunicazione è la dimensione psicologica che produce la definizione di sé e dell'altro [...], diventando così la base costitutiva dell'identità personale e della rete di relazioni in cui ciascuno è inserito» (Anolli, p. 183). Esiste peraltro tutto il sistema comunicazionale non verbale, veicolo altresì di relazioni e intersoggettività.

Dal punto di vista del terapeuta è fondamentale l'osservazione del malato che deve essere sempre la prima fase di qualunque esame obiettivo. Essa ha una duplice funzione, diagnostica e conoscitiva in quanto permette di cogliere non solo la realtà oggettiva ma anche quella personale e di penetrare così negli anfratti reconditi più intimi dell'individuo. È infatti il primo importante passo per aprire una porta comunicativa, attraverso la quale potranno fluire parole, sguardi, emozioni, oltre che sintomi e segni.

È auspicabile creare così con il paziente una prima relazione nel suo "momento presente". Questo contempla anche il "non detto", riguarda un'azione, un gesto, uno sguardo, un tono di voce, un silenzio, un profumo. È una storia che si intreccia di sentimenti ed emozioni, spesso non verbali: una storia partecipata. Soprattutto con i malati di Alzheimer si ha un'amplificazione del "momento presente" che «è difficile sapere dove inizia e dove finisce: irrompe con vitalità e imprevedibilità e con una durata relativa a come concepiamo il tempo. Il momento presente non può diventare ostaggio né del passato né del futuro» (Ghidoni, 2005, pp. 51-52).

Nella fragilità di questa tipologia di paziente, il presente è così un frammento di lucidità, un microspazio di autonomia. Il tempo passato necessita di un'impegnativa rievocazione; il futuro non è progettabile. Nel fugace *hic et nunc* è possibile creare un aggancio per una possibile comunicazione.

Poiché i sintomi iniziali nella demenza di Alzheimer sono caratterizzati da amnesie, anomie, falsi riconoscimenti, smarrimenti topografici, disorientamento temporale e successivamente nelle fasi intermedie da afasia, aprassia, *wandering*, vocalizzazioni persistenti fino all'ipocinesia e mutacità della fase avanzata (in ogni caso la funzione comunicativa del linguaggio tende a deteriorarsi precocemente), appare chiara la difficoltà di una "comunicazione efficace" con questi pazienti. Quali allora le strategie per una comunicazione terapeutica?

Pur parlando, il paziente non utilizza parole che sarebbero adatte a comunicare ciò che vorrebbe. Questo fallimento provoca frustrazione e rabbia fino ad una reazione depressiva che porta inevitabilmente ad una chiusura con l'evitamento della parola per non incorrere in altri insuccessi (Vigorelli, 2004). Si è visto che se il danno neurologico è irreversibile, il danno funzionale invece non lo è del tutto: vi è una quota di danno, dipendente dalla interazione tra paziente e ambiente, che

è reversibile (*Ivi*). A partire da queste considerazioni la *terapia conversazionale* cerca di spostare l'accento sulle facoltà residue piuttosto che sui *deficit*, sulle perdite subite, così da tenere il più viva possibile la capacità dei pazienti di usare la parola anche quando la funzione comunicativa inizia a declinare. Il *Conversazionalismo* fa un uso terapeutico della parola là dove si frantuma la funzione comunicativa, mentre si conserva la funzione conversazionale.

### III. La memoria e l'Alzheimer

---

Per William Utermohlen la modalità di interazione con il mondo esterno e con gli altri è sempre stata la pittura. Ecco come l'artista malato, pur mantenendo la sua abilità prassica, non è più in grado di comunicare il suo volto, la sua identità, ma ripete comunque i suoi *self portrait* nell'infinita ricerca di comunicazione-conversazione, di dialogo, con gli altri. Con coraggio adatta tecnica e stile pittorico alle proprie limitazioni percettive e motorie sempre più crescenti, producendo immagini comunque altamente comunicative della interna situazione.

Ripete ormai sempre e solo il proprio volto. Il proprio presente. Qui ed ora si è ristretta e concentrata la propria memoria. Quasi a volerla trattenere, anche in pochi tratti pittorici. Tutto il resto del mondo e delle relazioni è deserto. Quanto è riduttiva e drammatica questa prospettiva, a confronto della "sana" e "pittorica" descrizione della *memoria* di Sant'Agostino (397 d. C.): «[...] ed eccomi giungere alle distese e ai vasti palazzi della memoria, dove stanno i tesori delle innumerevoli immagini impresse dalla percezione di ogni sorta di cose. Ivi è riposto anche tutto ciò che pensiamo, ampliando o diminuendo o comunque modificando i dati colti dai sensi, e qualsiasi altra cosa vi sia stata affidata e accantonata e che l'oblio non abbia ancora inghiottito e sepolto. Qui giunto posso richiamare tutte le immagini che voglio: alcune si presentano immediatamente, altre si fanno desiderare più a lungo, come si dovessero cavar fuori da ripostigli più segreti, altre ancora irrompono in massa, e mentre chiedo e cerco altro, balzano in prima fila con l'aria di dire "Non siamo noi per caso?": e io le scaccio con la mano del cuore dal volto del mio ricordo, finché ciò che voglio non si snebbia ed esce bene in vista dal nascondiglio. Altre infine sopraggiungono docilmente e in bell'ordine come le chiamo, e le prime cedono il passo alle successive e nel farlo si ripongono pronte a riapparire quando vorrò ... [Nei palazzi della memoria] ... si conservano, distinte per genere, tutte le cose che vi sono entrate, ciascuna per il suo ingresso: la luce e tutti i colori e le forme dei corpi attraverso gli occhi, dalle orecchie ogni tipo di suono e tutti gli odori per il varco delle narici e tutti i sapori per quello della bocca, e attraverso la sensibilità del corpo intero, le sensazioni di duro e di molle, oppure di caldo e di freddo, di liscio e di ruvido, di pesante e di leggero, sia internamente che esternamente al corpo stesso. Tutte queste cose la memoria le accoglie nel suo vasto speco e in certi suoi misteriosi e ineffabili meandri per richiamarle quando occorre e riutilizzarle: e ogni cosa penetra in essa per la sua porta particolare e vi è deposta» (X, pp. 12-13).

Conosciamo peraltro il pensiero adleriano, secondo il quale la memoria, nella sua funzione cannibalica, fagocita le impressioni, le divora e le digerisce. Lo stile di vita presiede questo processo, rifiutando, conservando o dimenticando, come esperienza da evitare, ciò che non gli è favorevole (Adler, 1933).

Negli autoritratti di Utermohlen è evidente tutto il dramma della malattia: il volto e così tutto il

Sé, è dapprima imprigionato fino a ridursi poi in uno stile minimalista nelle opere del 1999 e del 2000. Possiamo osservare come l'immagine di sé si perda nel corso degli anni, pur mantenendosi il tratto artistico (sappiamo che secondo le Neuroscienze la capacità artistica viaggia su strutture sinaptiche differenti da quelle del circuito della memoria). L'artista si osserva e si immagina allo stesso tempo; nel ritratto i particolari somatici a poco a poco svaniscono così come il suo senso di identità e lo spazio si riempie di un volto abbozzato, quello che ancora è rimasto nella sua mente frantumata. Per Utermohlen l'arte potrebbe essere diventata una terapia oppure un tentativo disperato di "ricordare" a se stesso e anche a noi, di *essere* comunque. In questi esempi ritroviamo quanto l'arte sia un'espressione comunicativa al pari della parola, del corpo e del gergo degli organi, oltre che delle emozioni.

L'occhio dell'osservatore empatico coglie il dramma espresso dall'uomo-artista, sofferente sia sul piano fisico che psichico. È possibile un dialogo emotivo?



*Urban Times and GV Art gallery*

*disponibile in [www.theurbncom/2012/01/art-and-alzheimers](http://www.theurbncom/2012/01/art-and-alzheimers)*

#### **IV. Comunicare le emozioni**

Le emozioni sono processi complessi e multifattoriali, in quanto costituiscono la sintesi fra la valutazione di una data situazione, l'attivazione dell'organismo, l'espressione delle risposte

emotive e la prontezza all'azione (Anolli, 2001). Si tratta pertanto di un processo articolato a livello biologico, psicologico e sociale che può essere definito "esperienza emotiva" che si manifesta esteriormente attraverso specifiche espressioni facciali, vocali, posturali e motorie in generale. Le emozioni si propongono così come una sorta di «veicolo pubblico di attività private» (*Ibid.*, p. 245) diventando, insieme al linguaggio, un importante sistema di significazione e segnalazione. La voce, la cinestesi (mimica facciale, sguardo, gesti), la prossemica, il sistema di contatto, percezione e organizzazione verso lo spazio rappresentano per gli esseri umani una pluralità di sistemi non verbali di comunicazione.

Borgna si esprime così: «Le emozioni, i modi di vivere le proprie emozioni, si rispecchiano nei modi di essere, nei modi di trasformarsi, del corpo: del corpo vissuto, e molte emozioni, inesprese verbalmente, possono essere decifrate solo analizzando questi modi di essere, queste metamorfosi del corpo. Non è facile interpretare il linguaggio del corpo, i suoi diversi linguaggi, se non ci si educa ad ascoltare le ragioni segrete dei volti e degli sguardi: gli orizzonti sconfinati della vita emozionale così lontani da quelli della vita razionale» (2007, p. 12).

Paradossalmente, dietro il "vuoto" delle immagini di Utermohlen artista, scorrono le infinite emozioni suscitate nell'osservatore che in maniera empatica condivide il deserto razionale non certamente emozionale, dell'uomo malato.

Queste opere, che hanno fatto più tappe nel mondo, in favore di convegni e dibattiti sull'Alzheimer, dimostrano che «per un fiore è quasi impossibile crescere nel deserto, ma quello che riesce a germogliarvi ha la forza di una quercia»<sup>3</sup>.

Se «le emozioni sono la struttura portante della cura [...] nel curare sono intensamente implicate le emozioni di chi cura e quelle di chi è curato [...]. Ciò che rende la vita emozionale premessa ad ogni cura è il fatto che in essa c'è sempre relazione e, cioè, costruzione sia pure fragile e frammentaria di dialogo e di ascolto, di silenzio e di intersoggettività. La vita emozionale come interiorità che si spalanca al mondo degli altri [...]. Non c'è cura se non si sa cogliere cosa ci sia in un volto, in uno sguardo, in una semplice stretta di mano, e in fondo se non si sia capaci di sentire immediatamente il destino dell'altro come il nostro proprio destino» (*Ibid.*, pp. 13-14).

È nella sintonia con l'altro da sé che si esprime l'adleriano *sentimento sociale* come scambio reciproco di esperienze, di amore, di stima. «Il sentire l'altro, il mettersi in una relazione interindividuale con l'Altro da Sé richiede un ponte di collegamento, un aggancio non solo attraverso il corpo, ma soprattutto attraverso emozioni e sentimenti condivisi» (Ferrigno, 2012, p. 62).

Non solo, ma «per una profonda immedesimazione è indispensabile tendere intenzionalmente a conoscere del paziente gli aspetti autobiografici e quelli inerenti alla struttura sociale, familiare e amicale in cui vive, nonché le esperienze rispetto al disagio psichico e/o fisico» (Rovera & Gatti, 2012, p. 113).

Ecco che nella malattia di Alzheimer si propongono vari metodi terapeutici, tra cui la *Validation Therapy* di approccio più comportamentista, ma fondato sull'empatia e sull'incontro emozionale con l'obiettivo di entrare nella realtà del malato per comprenderne i sentimenti e le emozioni, in un approccio empatico che mira a rendere qualitativamente migliore la sua vita (Maestroni, 2011)<sup>4</sup>.

<sup>3</sup> [www.menarini.it/r\\_s/welcome](http://www.menarini.it/r_s/welcome)

<sup>4</sup> [www.validation.it](http://www.validation.it)

## V. Vivere e con-vivere con l'Alzheimer

---

Poiché la malattia di Alzheimer è una patologia a carattere degenerativo e progressivo, essa, perdurando negli anni comporta inguaribilità e irreversibilità, producendo disabilità psichica e fisica che, inevitabilmente provocano nel tempo, un coinvolgimento in senso patologico anche del nucleo familiare. Il processo di cura, pertanto, non deve coinvolgere solamente l'operatore e il paziente, ma anche altri elementi della famiglia, nell'ottica che la famiglia non è solo il luogo ove viene esercitata l'assistenza al malato, ma è soprattutto uno spazio relazionale di affetti, di scambio e crescita dei propri membri. I familiari e i *caregivers* svolgono spesso un ruolo attivo non solo nella fase di presa in carico del paziente con demenza, ma anche e soprattutto nel processo di gestione della persona malata. Occorre coinvolgere attivamente, in maniera collaborativa e non conflittuale queste persone, rendendole consapevolmente partecipi "del" e "nel" processo di cura. In un'ottica di questo tipo il familiare del paziente con demenza può trasformarsi in una risorsa per l'operatore, rendendo così più efficace e meno faticosa l'alleanza terapeutica con il paziente. Ecco che la terapia della famiglia è il trattamento psicodinamico più favorevole nella demenza di Alzheimer.

Ritroviamo così sempre attuale il concetto adleriano di "contesto" (Adler, 1935) applicato oggi nella cura di questa malattia. Si cerca, infatti, di mirare non tanto alla guarigione bensì alla promozione del benessere della persona e al contenimento dello *stress* di chi si occupa del malato (Lacava, Bertino, 2003). In questo modello *gentlecare* si ha una prima fase di conoscenza clinico-funzionale della persona malata che si affianca alla conoscenza biografica del paziente stesso. Sia elementi di ordine fisiopatologico che elementi di ordine personale e di contesto concorrono a ridurre la distanza tra la conoscenza oggettiva dei problemi e l'esperienza soggettiva di malattia.

Vi sono tutt'oggi varie iniziative, purtroppo non sempre diffuse e note alle famiglie di pazienti con Alzheimer, volte ad un loro coinvolgimento, non solo quando il loro congiunto è istituzionalizzato ma anche con una possibilità di "domiciliarità" delle cure (come da una recente delibera della regione Lombardia) piuttosto che della partecipazione a gruppi di incontro e di supporto negli *Alzheimer caffè* o di sostegno negli uffici di tutela giuridica qualora si tratti di nominare un amministratore di sostegno.

L'intervento sui *caregivers* dovrebbe essere parallelo se non addirittura primario rispetto a quello volto al malato stesso. È di fondamentale importanza creare uno stile di cura ove l'equilibrio fra volontà di potenza e sentimento sociale del *caregiver* possa garantirgli quel benessere psicofisico indispensabile per un'adeguata cura della persona affetta da demenza di Alzheimer (Maestroni, 2011).

## VI. Riflessioni conclusive

---

Crediamo di aver proposto qualche stimolo riflessivo nelle pagine precedenti e lasciamo pertanto ancora alle parole di Sant'Agostino le riflessioni conclusive:

«Ha una grande forza la memoria, e un non so che di orrendo è nella sua infinita molteplicità ... Che cosa debbo fare dunque mio Dio? Andrò oltre questa mia forza, che chiamano memoria, la supererò per tendere a te, dolce lume» (397 d.C., X. 17.26).

«Per protendersi verso Dio bisogna trascendere la memoria stessa; pur con le sue immense facoltà

essa resta ancora insufficiente. Come e dove cercare allora ciò di cui non si ha memoria? L'anelito alla felicità è comune a tutti gli uomini, sia che la posseggano, sia che non l'abbiano mai conosciuta, pur desiderandola. È lì che va cercata la ragione e la forza dell'ascesa verso il divino» (*Ibid.*, X. 23.33).

Intravediamo, adlerianamente, il progetto dell'uomo, artefice di se stesso: lo "sforzo" verso una meta, l'anelito ad un futuro che si realizza a partire da un presente in perenne collegamento con un passato vissuto ed esperito.

Il tempo diventa allora una risorsa, una dinamica vitale, anche quando tutto attorno è deserto.

Se si offre al malato di demenza di Alzheimer la possibilità di riorganizzare in maniera creativa il pensiero e le emozioni, è possibile tracciarne «una nuova trama di sé, una nuova memoria che, però, dà continuità a ciò che rimane della sua identità» (Garolfi & Lerda, p. 90).

Senza dimenticare che il linguaggio delle emozioni è sempre vincente, almeno nella nostra quotidiana esperienza: suscitare un sorriso, un'attenzione, uno sguardo o a volte una parola, significa tentare di mantenere nel presente di questi uomini e donne un sé frantumato ma ancora vitale.

---

## BIBLIOGRAFIA

---

- ADLER, A. (1908). Das Zärtlichkeitsbedürfnis des Kindes. In A. ADLER, C. FURTMÜLLER. (Eds, 1914). *Heilen und Bilden: Ärztlichpädagogische Arbeiten des Vereins für Individualpsychologie*. München: Reinhardt. (Trad. it. A cura di G. Ferrigno e C. Canzano, Il bisogno di tenerezza del bambino. *Rivista di Psicologia Individuale*, 59, 2006, 7-15).
- ADLER, A. (1933). *Der Sinn des Lebens*. Vienna-Lipsia: Passer. (Trad. it. *Il senso della vita*. Roma: Newton Compton, 1997).
- ADLER, A. (1935). The Fundamental Views of Individual Psychology, *International Journal of Individual Psychology*, 1, 3-7. (Trad. it. I concetti fondamentali della Psicologia Individuale, *Rivista di Psicologia Individuale*, 33, 1993, 5-9).
- ANOLLI, L. & LEGRENZI, P. (2001). *Psicologia generale*. Bologna: Il Mulino, 2006.
- ANSBACHER, H. L. & ANSBACHER, R. R. (1956). *The Individual Psychology of Alfred Adler*. New York: Basic Book. (Trad. it. a cura di U. Sodini e A. Teglia Sodini, *La Psicologia Individuale di Alfred Adler*. Firenze: Martinelli, 1997).
- BORGNA, E. (2007). Le emozioni nell'orizzonte della fenomenologia. *Rivista di Psicologia Individuale*, 61, 9-15.
- CHURCHILL'S MEDICAL DICTIONARY (1994). Torino: Centro Scientifico Editore.
- FASSINO, S. (2005). Psicoterapia e neuroscienze: crescenti evidenze etiche. Implicanze per la Psicologia Individuale. *Rivista di Psicologia Individuale*, 57, 13-29.
- FASSINO, S. (2007). *Manuale di psichiatria biopsicosociale*. Torino: Centro Scientifico Editore.
- FASSINO, S., MAROZIO, S., PEDA, S., SICCARDI, S., & LEOMBRUNI, P. (2006). Per un approccio psicodinamico nella clinica della demenza senile. *Rivista di Psicologia Individuale*, 60, 93-110.
- FERRIGNO, G. ET AL. (Eds). (2006). Alfred Adler nei Verbali della "Società Psicoanalitica di Vienna" (1906-1911). *Rivista di Psicologia Individuale. Quaderno n.71*.
- FERRIGNO, G. & BORGNA, E. (2012). La comunicazione non è se non relazione: confronto fra Psicologia Individuale e Psichiatria Fenomenologica. *Rivista di Psicologia Individuale*, 71, 59-78.
- GABBARD, G. O. (2005). *Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice*. (Trad. it. *Psichiatria psicodinamica*. Milano: Raffaello Cortina, 2007).
- GALLESE, V. (2005). La conoscenza intenzionale: dai Neuroni Mirror all'Empatia. *Atti del Seminario Istituto*

- Alfred Adler di Milano «Percorsi della relazione»*, Milano, 19 e 25 novembre 2005.
- GAROLFI, S. & LERDA, S. (2013). L'identità oltre i ricordi perduti: la demenza di Alzheimer. *Rivista di Psicologia Individuale*, 74, 69-95.
- GHIDONI, C. (2005). L'emozione del momento presente in psicoterapia. *Atti del Seminario Istituto Alfred Adler di Milano «Percorsi della relazione»*, Milano, 19 e 25 novembre 2005.
- KRAMER, A. F., ERIKSON, K. I. & STANLEY, J. C. (2006). *Journal of Applied Physiology*, 101, 1237-1242.
- LACAVA, R. & BERTINO, G. (2003). Osservazioni su psicoterapia adleriana e terza età. *Rivista di Psicologia Individuale*, 54, 65-70.
- MAESTRONI, P. (2011). Malattia di Alzheimer e stile di vita. Proposta per un possibile intervento terapeutico in chiave adleriana. *Rivista di Psicologia Individuale*, 69, 63-87.
- ROVERA, G. G. & GATTI, A. (2012). Linguaggio e comprensione esplicativa. *Rivista di Psicologia Individuale*, 71, 87-128.
- SANT'AGOSTINO (397 d. C.). *Confessionum Libri XIII*. (Trad. it. *Le confessioni*. Torino: Einaudi, 1966).
- UTERMOHLEN, W.: disponibile in [www.williamutermohlen.org](http://www.williamutermohlen.org).
- TANDOI, G. (Ed). (2006). *Invito alla lettura delle Confessioni di sant'Agostino*. Milano: Punto Effe.
- URBAN TIMES AND GV ART GALLERY: disponibile in [www.theurbancom/2012/01/art-and-alzheimers](http://www.theurbancom/2012/01/art-and-alzheimers).
- VIGORELLI, P. (Ed.). (2004). *La conversazione possibile con il malato di Alzheimer*. Milano: Franco Angeli.

Simona Brambilla  
Via Deledda, 20  
I-26855 Lodi Vecchio (LO)  
E-Mail: [simona.brambilla@crs.lombardia.it](mailto:simona.brambilla@crs.lombardia.it)

## DALLA MALATTIA MANIACO-DEPRESSIVA ALLO SPETTRO BIPOLARE

CRISTINA TONI

*Riassunto*

Quello che oggi è ufficialmente definito “disturbo bipolare” era meglio conosciuto, nel secolo scorso, come “malattia maniaco-depressiva” e comprendeva uno spettro ampio di sindromi cliniche, dalle forme psicotiche ai quadri attenuati. Nei sistemi nosografici attuali, le forme bipolari attenuate vengono, invece, in larga parte disconosciute a favore dei disturbi depressivi unipolari. Seguendo criteri di definizione più ampi, studi epidemiologici recenti riconoscono al disturbo bipolare una prevalenza pari o maggiore al 5%. Anche per quanto riguarda le casistiche cliniche questi disturbi sembrano molto più rappresentati di quanto si riteneva in passato. In questa sede vengono descritte le varie espressioni fenomeniche, non necessariamente patologiche, riconducibili nell’ambito dello spettro bipolare. La delimitazione dello spettro clinico dei disturbi bipolari non rappresenta solo l’oggetto di speculazioni teoriche, ma ha importanti ricadute sul piano operativo, consentendo di individuare condizioni fenomenologicamente diverse, che tuttavia richiedono alcune linee di intervento comuni per la profilassi e la gestione del trattamento.

*Parole chiave*

MALATTIA MANIACO-DEPRESSIVA, SPETTRO BIPOLARE, PROFILASSI, GESTIONE DEL TRATTAMENTO

*Abstract*

FROM MANIC-DEPRESSIVE ILLNESS TO BIPOLAR SPECTRUM. The current definition of “bipolar disorder” corresponds to the concept of “manic depressive illness” of the last century. Within the frame of “manic depressive illness” numerous clinical pictures were included, from psychotic to “soft”, subclinical manifestations. In the international nosographic systems, mild forms of bipolarity are overshadowed by the wide delimitation of unipolar depressive disorders. Following broad criteria for the definition of bipolar disorders, recent epidemiological studies have shown a prevalence of about 5%. Also in clinical observations, the disorders have been detached in percentages much higher than expected. Herein, different expressions of bipolar spectrum, not necessarily pathological, are depicted. The delimitation of bipolar spectrum does not imply only theoretical speculations. Indeed, the proper detachment of different forms of bipolarity represents the first step toward a correct prophylactic and therapeutic management of the illness.

*Keywords*

MANIC-DEPRESSIVE ILLNESS, BIPOLAR SPECTRUM, PROPHYLACTIC, THERAPEUTIC MANAGEMENT

**I. Introduzione**

Quello che oggi è ufficialmente definito “disturbo bipolare” era meglio conosciuto, nel secolo scorso, come “malattia maniaco-depressiva” e comprendeva uno spettro ampio di sindromi cliniche. Kraepelin (1921), infatti, nell’ultima classificazione da lui proposta, oltre alle forme classiche di mania e melanconia, riconduceva nell’ambito della malattia maniaco-depressiva alcune condizioni depressive ricorrenti, perché si presentavano alternate ad episodi di eccitamento maniacale di ridotta intensità (ipomania), a disposizioni temperamentali di tipo “maniacale” (ipertimico), ciclotimico, o irritabile o si inserivano nel contesto di una storia familiare di malattia maniaco-depressiva.

Nei sistemi classificativi più recenti proposti sia dall’American Psychiatric Association (DSM-V, 2013), che dalla World Health Organization (ICD-10, 1992), queste forme bipolari attenuate vengono, invece, in larga parte disconosciute a favore dei disturbi depressivi unipolari. Il disturbo bipolare viene identificato esclusivamente, in maniera restrittiva, con le descrizioni classiche della malattia maniaco depressiva o, in secondo luogo, con quelle forme nelle quali la depressione si associa a fasi di “ipomania”, intesa come un periodo di elevazione del tono affettivo di intensità ridotta rispetto alla mania, e della durata di almeno 4 giorni. In base a questi criteri diagnostici la prevalenza dei disturbi

bipolari è stata stimata intorno all'1-2% della popolazione generale e al 10-15% di tutti i disturbi dell'umore (Regier et al., 1988; Weissman et al. 1996). In realtà queste percentuali non sono in linea con il concetto più ampio di bipolarità sviluppatosi nuovamente negli ultimi vent'anni (Akiskal, 1983a, 2007; Angst et al., 2013; Ghaemi & Dalley, 2014), che abbraccia numerose condizioni, da alcune forme di disturbo schizoaffettivo, agli stati misti (Marneros, 1999; Malhi et al., 2014), alla depressione con ipomania o con decorso ciclico ricorrente, includendo i quadri caratterizzati da rapida ciclicità (Dunner, Gershon & Goodwin, 1976; Angst, 1998; Akiskal, Bourgeois, Angst, Post, Moller & Hirschfeld, 2000).

La delimitazione dello spettro clinico dei disturbi bipolari non rappresenta solo l'oggetto di speculazioni teoriche, ma ha importanti ricadute sul piano operativo, consentendo di individuare condizioni fenomenologicamente diverse, che tuttavia richiedono alcune linee di intervento comuni nella gestione del trattamento.

## **II. Concetti e terminologia**

---

Sebbene il legame tra mania e melancolia sia stato osservato sin dall'antichità, solo nel XIX secolo gli alienisti francesi Baillarger (1854) e Falret (1854) e, successivamente, Kraepelin (1921) hanno documentato ampiamente, nella pratica clinica, varie forme alternanti di eccitamento e depressione. Al termine del secolo scorso la distinzione unipolare-bipolare, come proposta da Leonhard (1957), Angst (1966) e Winokur, Clayton & Reich (1969), ha favorito la netta separazione tra disturbi depressivi e disturbi bipolari concepiti in maniera restrittiva. Questa distinzione nell'esperienza clinica ha mostrato limitazioni importanti; è stato stimato, infatti, che il 4-5% della popolazione generale risulta affetta da una fenomenica prevalentemente depressiva, associata ad episodi di eccitamento maniacale di gravità lieve (ipomania). Originariamente, Dunner et. al. (1976) avevano designato queste forme cliniche come bipolari II distinguendole da quelle bipolari I, nelle quali la maggiore gravità delle fasi maniacali era tale da richiedere l'ospedalizzazione. Anche se l'ospedalizzazione può rappresentare un criterio artificioso per stabilire la soglia diagnostica per la mania, il lavoro di questi autori, tuttavia, riveste un'importanza storica fondamentale, con riflessi notevoli sul piano della ricerca e della pratica clinica, consentendo di riconoscere come bipolari un largo universo di pazienti, i cui periodi di eccitamento solitamente non giungono all'osservazione del medico.

Successivamente, Akiskal e Mallya (1987) hanno proposto la definizione ancora più ampia di spettro bipolare "soft", nel quale sono compresi oltre ai bipolari I e II, anche i pazienti con tratti temperamentali (non necessariamente patologici) ciclotimici e ipertimici, così come quelli con familiarità bipolare; lo spettro comprende inoltre i pazienti che presentano episodi ipomaniacali insorti durante un trattamento farmacologico con antidepressivi o altri composti stimolanti. Il concetto di spettro bipolare attenuato è stato ulteriormente arricchito dagli studi epidemiologici di Angst (1998), il quale, dimostrando una prevalenza elevata di episodi ipomaniacali di brevissima durata nella popolazione generale, ha criticato la soglia dei quattro giorni proposta dal sistema nosografico DSM. Inoltre, non sempre le manifestazioni cosiddette "sotto-soglia" da un punto di vista sintomatologico sono prive di conseguenze negative sul funzionamento socio-lavorativo dell'individuo, come contemplato nel DSM. A sostegno di un concetto ampio di bipolarità depongono alcune ricerche

genetiche (Merikangas et al., 2014).

Ricapitolando, molte delle ricerche epidemiologiche, cliniche e familiari recenti hanno fornito il razionale per l'inclusione in un concetto di spettro bipolare ampio di condizioni molto diverse sul piano sindromico e della gravità: il disturbo schizo-bipolare, gli stati misti e le forme maniacali psicotiche e non, le depressioni con ipomania (indipendentemente dalla durata), oppure ipomania indotta farmacologicamente, così come quelle in associazione a temperamento ciclotimico o ipertimico.

### **III. Le forme bipolari attenuate: il fenotipo più comune di disturbo bipolare**

Nel passato, la mancanza di criteri omogenei e di strumenti validi ed affidabili ha fatto sì che le espressioni sintomatologiche più attenuate della bipolarità siano state a lungo sottostimate. Non è pertanto sorprendente che le percentuali di disturbo bipolare, basate primariamente sull'individuazione di una storia di mania, siano risultate al di sotto dell'1%. I due studi maggiori condotti negli Stati Uniti, l'Epidemiological Catchment Study (ECA, Regier et al., 1988) ed il National Comorbidity Survey (NCS, Kessler et al., 1994) hanno riportato percentuali rispettivamente dell'1.2% e dell'1.6%. Ricerche epidemiologiche successive (Lewinshon, Klein & Seeley, 1995; Szadoszky, Papp, Vitrai, Rihmer & Füredi, 1998; Angst, 1998) utilizzando criteri più ampi sono approdate a risultati diversi. Il più importante di questi studi è stato condotto nel cantone di Zurigo da Angst (1998), che ha individuato una prevalenza di disturbo bipolare al di sopra dei 35 anni di età pari al 5.5%, utilizzando i criteri per la mania e l'ipomania del DSM-IV, e di un ulteriore 2.8% per la ipomania di durata inferiore ai quattro giorni. Anche Lewinshon et al. (1995), usando definizioni più ampie di bipolarità ha trovato che il 5.7% degli adolescenti di una comunità dell'Oregon risultava affetto da disturbo bipolare. Analogamente, Szadoszky et al. (1998), in Ungheria, ha riportato prevalenze del 5% per disturbi dello spettro bipolare.

#### **III. 1. Ipomania**

Una valutazione accurata dell'ipomania è fondamentale per la corretta identificazione di una gran parte dei disturbi dello spettro bipolare. Sfortunatamente i criteri per gli episodi ipomaniacali come descritti nel DSM-V non sono ben distinti da quelli della mania. Sicuramente le manifestazioni ipomaniacali sono più evidenti ai familiari e agli amici di quanto possa essere riconosciuto dal paziente stesso. Tuttavia, contrariamente a quanto previsto nel DSM V, anche l'ipomania, come la mania, può dare luogo a importanti conseguenze nella vita lavorativa e di relazione (Akiskal & Pinto, 1999; Jamison, Gerner, Hammen & Padesky, 1980). Nella *tabella 1* vengono riportati alcuni aspetti sintomatologici salienti dell'ipomania osservati rispettivamente negli studi di Memphis (Akiskal, Khani & Scott-Strauss, 1979; Akiskal, 1983a) e Zurigo (Wicki & Angst, 1991).

Gli studi clinici sulla ciclotimia e sull'ipomania, condotti per la maggior parte prima del DSM-IV, sono unanimi nel riconoscere una durata dell'episodio ipomaniacale inferiore anche ai 4 giorni. In particolare lo studio di Akiskal et al. (1979; Akiskal, 1983a) rilevava nella maggior parte dei casi una durata di due giorni, mentre lo studio di Zurigo (Wicki & Angst, 1991) osservava una durata modale

di 1-3 giorni. Da questi stessi studi risulta inoltre che l'ipomania ricorrente è una caratteristica dei disturbi dello spettro bipolare. In uno studio clinico su pazienti bipolari (Cassano, Akiskal, Savino, Musetti, Perugi & Soriani, 1992) che ha utilizzato una definizione di ipomania della durata di due giorni, la storia familiare per disturbi affettivi era rilevata in percentuali sovrapponibili nei pazienti bipolari I e II; in entrambi i casi, la familiarità era maggiore rispetto a quella riportata da pazienti con depressione unipolare.

Tabella 1. *Le più comuni manifestazioni di ipomania*

|   |
|---|
| Meno sonno  |
| Più energia, forza  |
| Maggiore fiducia in sé  |
| Incremento dell'attività (incluso più lavoro)                               |
| Lavoro più divertente che usualmente  |
| Più attività sociali (per esempio, telefonare, far visita ad altre persone) |
| Spendere troppo denaro  |
| Più progetti o idee   |
| Minore timidezza, minore inibizione   |
| Maggiore loquacità del solito   |
| Aumentato impulso sessuale  |
| Aumentato consumo di caffè, sigarette e alcool                              |
| Eccessivo ottimismo/euforia   |
| Aumento dell'allegria (fare scherzi, battute)                               |
| Pensare velocemente/idee improvvise   |

### **III. 2. Ciclotimia**

I tassi di prevalenza elevati dei disturbi dello spettro bipolare riportati negli studi epidemiologici più recenti riflettono i concetti classici di malattia maniaco-depressiva, derivanti dal lavoro di Kraepelin (1921) e Kretschmer (1936). Questi Autori avevano riconosciuto nell'ambito della malattia maniaco-depressiva condizioni diverse, che si presentavano secondo un *continuum* di gravità, dai gravi quadri psicotici alle disposizioni temperamentali normali. Entrambi descrissero la ciclotimia come una condizione temperamentale caratterizzata dall'alternarsi di fasi subdepressive e ipomaniacali. Diversamente nella letteratura classica, e specialmente in quella tedesca (Schneider, 1959), la ciclotimia identificava le manifestazioni dell'intero spettro maniaco-depressivo; nell'accezione attuale il disturbo ciclotimico è ristretto alla condizione bipolare attenuata o che si esprime a livello temperamentale.

I concetti di forma attenuata o "sottosoglia" e quello di temperamento non sono sovrapponibili. Infatti, il termine temperamento si identifica con una condizione non necessariamente patologica (in

taluni casi ben adattata o iperadattiva), nella quale la sintomatologia affettiva si esprime in forma attenuata, è presente in maniera relativamente stabile fin dall'infanzia-adolescenza e tende a rimanere tale per l'intero arco esistenziale, e riconosce una chiara base costituzionale. Il temperamento nell'arco della vita può rimanere stabile, senza una progressione verso episodi affettivi maggiori, oppure rappresentare una predisposizione agli episodi di malattia; dopo la remissione da questi episodi i pazienti tendono a ritornare al loro temperamento di base.

Sebbene lo studio dei temperamenti affettivi sia stato largamente trascurato dalla psichiatria ufficiale contemporanea e dalla psicologia clinica, numerosi studi su larga scala hanno esaminato il disturbo ciclotimico e le sue varianti. Akiskal, Walker, Puzantian, King, Rosenthal & Dranon (1983b) hanno riportato che circa il 10% dei pazienti afferiti ad una clinica per disturbi affettivi presentava cambiamenti d'umore subsindromici. Questi soggetti erano giovani adulti, i quali riferivano storie di vita tumultuose, con fallimenti sentimentali, ripetuti cambiamenti di lavoro o di indirizzo scolastico, frequenti spostamenti geografici, e poliabuso di sostanze. La diatesi affettiva sottostante era indagata secondo criteri che contemplavano variazioni bipolari subsindromiche nell'energia, nell'attività, nell'umore e nella cognitività: ciascuna fase durava da due giorni ad una settimana, individuando un gruppo a rischio elevato per episodi affettivi maggiori. Utilizzando i criteri per il temperamento ciclotimico sviluppati da Akiskal et al. (1998), in uno studio comprendente 1010 studenti di età fra i 14 e i 26 anni le oscillazioni sottosoglia dei periodi subdepressivi ed ipomaniacali venivano registrate nel 6.3% (Placidi, Signoretta, Liguori, Gervasi, Maremanni & Akiskal, 1998). I limiti fra malattia maniaco depressiva e temperamento ciclotimico e disturbi di personalità del *cluster* drammatico non sono a tutt'oggi ben definiti.

Sia Kraepelin (1921) che Kraetchmer (1936) hanno concepito il temperamento ciclotimico come una condizione predisponente, la quale rappresenta il terreno sul quale si possono inserire gli episodi della malattia maniaco depressiva. Quando le oscillazioni affettive sono significative e sono associate ad importanti conseguenze sul funzionamento sociale e a conflitti interpersonali, il temperamento ciclotimico ed i disturbi di personalità del *cluster* drammatico (in particolare il disturbo Borderline di personalità) risultano in larga parte sovrapponibili. Analogamente nei pazienti con personalità Borderline sono state trovate elevate percentuali di ciclotimia (Levitt, Joffe, Ennis, MacDonald & Kutcher, 1990; Perugi et al., 2011) e/o diagnosi di spettro bipolare attenuato (Deltito et al., 2000). La tendenza dei soggetti ciclotimici e con tratti di tipo borderline a presentare fasi ipomaniacali e/o maniacali durante il trattamento con antidepressivi e ad avere una storia familiare per disturbi bipolari rappresentano dei validatori esterni dell'ipotesi secondo cui le due diverse condizioni sarebbero sostenute da un identico substrato (Klein, Depue & Slater, 1986; Perugi et al., 2011).

### **III. 3. Ipertimia**

---

In alcuni casi, i sintomi attenuati di tipo ipomaniacale mostrano un decorso stabile e protratto, configurando un assetto temperamentale definito come ipertimico. Eckblad & Chapman (1986) hanno rilevato che il 6% di una popolazione studentesca presentava tratti ipomaniacali persistenti. Analogamente, un'indagine svolta in collaborazione tra Pisa e San Diego (Placidi et al., 1998), anch'essa condotta su studenti, ha rilevato che l'8% potrebbe essere classificato come ipertimico

sulla base della presenza di 7 tratti ipomaniacali persistenti:

- 1) Sintonico, cordiale, in cerca di compagnia o estroverso;
- 2) Esuberante, ottimista, allegro;
- 3) Disinibito, in cerca di emozioni, con tendenza alla promiscuità;
- 4) Entrante, indiscreto;
- 5) Pieno di progetti, imprudente, impulsivo;
- 6) Superficiale, presuntuoso, vanaglorioso, ampolloso, sicuro di sé;
- 7) Loquace ed eloquente.

L'assetto temperamentale così definito è stato validato psicometricamente (Placidi et al., 1998) e riconosce una propria consistenza anche grazie ad alcune osservazioni cliniche. Infatti, i pazienti clinicamente depressi che soddisfacevano cinque o più di questi criteri avevano tassi di familiarità bipolare sovrapponibili a quelli dei pazienti bipolari II e significativamente più elevati dei pazienti unipolari, senza questi attributi temperamentali (Cassano et al., 1992). L'inclusione di questi "depressi ipertimici" all'interno dello spettro bipolare (Akiskal et al., 1988; Akiskal & Pinto, 1999) ridurrebbe i tassi di unipolarità del 10-20% (Cassano et al., 1992).

#### **IV. Stati misti bipolari**

---

Gli stati misti, caratterizzati dalla commistione di sintomi melanonici ed espansivi, hanno rappresentato, fin da Kraepelin (1921), il principale elemento unificatore della malattia maniaco-depressiva, in grado di confermare come mania e depressione rappresentassero espressioni diverse di una stessa condizione morbosa. Kraepelin aveva osservato che raramente gli stati misti consistono nella co-presenza di quadri maniacali e depressivi a completa espressione sintomatologica. Più spesso si osservavano alcune manifestazioni depressive in corso di mania, così come caratteristiche ipomaniacali all'interno di episodi depressivi. La sua classificazione includeva almeno sei tipi di stato misto, tra cui la mania ansiosa o depressiva e la depressione agitata od eccitata rappresentano le più frequenti nella pratica clinica. Sebbene questa definizione ampia degli stati misti sia ben accettata dalla psichiatria europea, essa non è stata accolta dall'ICD-10, e meno ancora dal DSM-IV, che identifica queste condizioni solo con la contemporanea e completa espressione clinica delle due entità cliniche, episodio depressivo e maniacale.

Nel DSM-V lo stato misto non è più considerato come un'entità diagnostica, bensì uno "specifier" per la depressione, la mania o l'ipomania, che possono appunto avere caratteristiche miste. In questo modo, se da un lato si aumenta la possibilità di identificare caratteristiche miste in un episodio affettivo, dall'altro si viene a perdere la specificità di una condizione psicopatologica, così come le veniva riconosciuta dalla tradizione europea.

Purtroppo nella letteratura contemporanea sugli stati misti non esiste un'uniformità di linguaggio, e termini come "stato misto", "mania mista", "mania depressiva" e "mania disforica" sono stati utilizzati in modo intercambiabile. Restano poco studiati gli stati misti depressivi (depressione maggiore con pochi sintomi ipomaniacali), nonostante la loro rilevanza clinica. La mania disforica rappresenta la forma più studiata di stato misto; si riferisce alle condizioni maniacali con alcuni aspetti disforici, come l'irritabilità, l'ostilità, o le manifestazioni depressivo-ansiose. Sintomi ipomaniacali

durante gli episodi depressivi come l'ideorrea, l'ipersessualità e l'agitazione psicomotoria non vengono considerati come possibili indicatori di stato misto dagli attuali sistemi classificativi. Da un punto di vista operativo, questo limite di inquadramento diagnostico induce ad errori non trascurabili nelle scelte terapeutiche, privilegiando gli antidepressivi rispetto agli stabilizzanti dell'umore o agli antipsicotici.

Da una disamina della letteratura, gli stati misti risultano più rappresentati nel sesso femminile (Perugi et al., 1997), si associano frequentemente ad una storia familiare per disturbi dell'umore, in particolare, depressivi (Dell'Osso, Akiskal, Freer, Barberi, Placidi & Cassano, 1993) e ad episodi pregressi a tonalità depressiva piuttosto che maniacale (Perugi et al., 2000). L'abuso di alcol e le alterazioni neurologiche, in particolare vascolari o degenerative, rappresentano condizioni spesso concomitanti (Himmeloch, Mulla, Neil, Detre & Kupfer, 1986); il rischio di suicidio è molto elevato (Dilsaver, Swann, Shoaib, Bowers & Halle, 1993). All'esame trasversale, frequentemente possono essere rilevati alterazioni dello stato di coscienza e sintomi psicotici incongrui all'umore (Dell'Osso et al., 1993; Perugi et al., 1997).

## **V. Sintomi Psicotici**

---

La presenza di sintomi psicotici nei disturbi dell'umore è stata ampiamente documentata in numerose ricerche ed osservazioni cliniche (Akiskal & Puzantian, 1979b) e riconosciuta nei sistemi diagnostici di maggiore diffusione. La definizione di "sintomo psicotico" non è univoca nei vari studi; la maggior parte degli Autori, infatti, identifica come tali solamente le allucinazioni e i deliri, trascurando i disturbi formali del pensiero, l'appiattimento affettivo e la disorganizzazione comportamentale. Oltre alle difficoltà insite nella definizione, i sintomi psicotici non sempre sono facilmente rilevabili con valutazioni standardizzate, soprattutto per la mancanza di coscienza di malattia e collaborazione da parte dei pazienti più gravi. Nonostante queste difficoltà, manifestazioni psicotiche sono state rilevate in oltre la metà dei pazienti, nelle diverse fasi della malattia maniaco-depressiva. Da una meta-analisi degli studi condotti sull'argomento, è emerso che, in corso di mania, sintomi psicotici sono presenti in percentuali variabili dal 45 al 75%; i deliri sembrano più comuni rispetto alle allucinazioni con un rapporto di 3 a 1; inoltre, 1 paziente su 5 manifesta disturbi formali del pensiero e sintomi Schneideriani di primo rango (Goodwin & Jamison, 1990). Nella depressione i sintomi psicotici sono meno frequenti rispetto alla mania; vengono riportati, infatti, in percentuali che variano dal 12 al 66%, ed in misura minore nella depressione unipolare, rispetto alla bipolare.

Età di esordio precoce e gravità della sintomatologia sono stati correlati alla presenza di sintomi psicotici durante la fase maniacale. Analogamente, punteggi di gravità di malattia più elevati sono stati posti in relazione con la presenza di sintomi psicotici. A questo proposito, Carlson & Goodwin (1973), descrivendo 3 stadi della mania a gravità inaggravante, hanno attribuito la presenza di manifestazioni psicotiche allo stadio III (mania mista, delirante, confusa), nel quale è presente una gravità maggiore di tutta la sintomatologia espansiva.

Nella maggior parte degli studi clinici, nessuna variabile demografica o clinica sembra contraddistinguere la depressione psicotica; tuttavia, sono state riportate osservazioni, peraltro contrastanti, secondo le quali l'agitazione o l'inibizione psicomotoria potrebbero essere maggiormente

associate alla depressione psicotica. La presenza di sintomi psicotici ha mostrato una buona stabilità nel decorso a lungo termine del disturbo. Numerosi Autori (Rosenthal, Rosenthal, Stallone, Dunner & Fieve, 1980; Goodwin & Jamison, 1990; Toni, Rosenthal, Stallone, Dunner & Fieve, 2001) hanno riportato che circa il 90% dei pazienti con sintomi psicotici all'episodio indice avevano avuto in precedenza altri episodi di malattia con sintomi analoghi, mentre manifestazioni psicotiche pregresse erano registrate in percentuali variabili dal 10 al 30%.

La presenza di sintomi psicotici nel disturbo bipolare, soprattutto se incongrui all'umore, può creare difficoltà per la diagnosi differenziale con la schizofrenia ed altri disturbi psicotici in genere. I deliri congrui all'umore rappresentano le manifestazioni psicotiche più frequentemente rilevabili nelle varie fasi del disturbo bipolare; tuttavia anche deliri bizzarri o incongrui all'umore e sintomi Schneideriani di I rango non sono rari.

In una revisione di 26 studi sull'argomento, Goodwin & Jamison (1990) hanno riportato che i deliri di grandezza sono presenti nel 47%, i deliri persecutori ed i sintomi Schneideriani di I rango nel 18%, mentre le allucinazioni uditive nel 15% dei casi. Anche se questi ultimi, per lungo tempo, sono stati concepiti come patognomonic della schizofrenia, numerose osservazioni depongono per una loro presenza, in percentuali sovrapponibili, anche nella mania (Mc Elroy, Pope Jr., Keck Jr., Hudson, Phillips & Strakowski, 1996). I disturbi formali del pensiero e i disturbi del linguaggio sono stati ampiamente descritti in corso di mania. I sintomi "positivi" quali logorrea, fuga delle idee, deragliamento, tangenzialità, associazioni bizzarre ed iperinclusioni figurano in misura superiore; tuttavia, anche per i sintomi "negativi" quali povertà del linguaggio, linguaggio disorganizzato, pensiero dereistico e pensiero concreto sono state riportate percentuali variabili dal 10 al 30% (Goodwin & Jamison, 1990).

La catatonia, che a lungo è stata considerata come un sottotipo o un sintomo specifico di Schizofrenia, può rappresentare una manifestazione della mania e degli stati misti. Di fatto, quando Kahlbaum coniò il termine di "catatonia" si riferiva a quadri clinici a decorso ciclico, caratterizzati dall'alternanza di mania, malinconia, stupore, confusione ed eventualmente deterioramento cognitivo. Taylor e Abrams (1973), sulla base di osservazioni cliniche su pazienti catatonici e maniacali, hanno concluso che la catatonia può essere rilevata in numerose entità nosologiche, ma soprattutto nei disturbi affettivi e nella mania.

Nonostante i sintomi psicotici incongrui, ad una sola analisi trasversale, possano creare difficoltà di diagnosi differenziale, una valutazione attenta del decorso del disturbo e della storia familiare dovrebbe consentire un corretto inquadramento nosografico.

## **VI. Disturbo Bipolare II**

---

Questo sottotipo diagnostico si riferisce alla condizione in cui uno o più episodi depressivi si alternano con episodi ipomaniacali. La quasi totalità di questi pazienti giunge all'osservazione clinica e richiede aiuto durante le fasi depressive. L'esatta sottotipizzazione diagnostica dipende quindi dalla prontezza del paziente a ricordare esattamente le fasi ipomaniacali, ma soprattutto dalla consapevolezza che queste ultime costituiscono degli episodi di malattia. Non sempre, infatti, il paziente riconduce alla malattia comportamenti e manifestazioni ipomaniacali, che interpreta

piuttosto come segni di benessere. Pertanto, per un corretto inquadramento diagnostico risulta indispensabile l'apporto dei familiari, oltre che l'abilità del clinico nella conduzione dell'intervista e nella ricostruzione indiretta degli episodi. Se il clinico non ricerca in maniera scrupolosa l'eventuale presenza di segni e comportamenti ipomaniacali, prestando attenzione anche a quanto riferito dai familiari, gli episodi ipomaniacali difficilmente vengono riconosciuti. Quindi, la diagnosi di disturbo bipolare II risulta possibile solo a condizione di un'indagine anamnestica longitudinale accurata, focalizzata sul riconoscimento degli episodi ipomaniacali e dei comportamenti ad essi correlati (periodi di iperattività inusuale, discontrollo degli impulsi, condotte inappropriate ed insolite). A questo proposito, è molto utile raccogliere informazioni in maniera prospettica, con osservazioni ripetute nel tempo.

Alcuni pazienti bipolari II presentano quadri clinici complessi ed instabili che destano, spesso, difficoltà di inquadramento. Molto spesso, infatti, sono presenti, ad una analisi trasversale, quadri di depressione atipica, mentre l'esame longitudinale mostra solitamente percentuali elevate di comorbidità con disturbi d'ansia, bulimia, abuso di sostanze e disturbi di personalità (Perugi et al., 1998). Di fronte a pazienti con aspetti depressivi atipici (ipersomnia, iperfagia, alternanza diurna inversa, sensibilità interpersonale, reattività agli eventi), il compito dei clinici è quello di identificare un pattern di depressioni cicliche con periodi ipomaniacali distinti come il "core" unificante e sottostante la diagnosi che si nasconde dietro le varie manifestazioni sindromiche associate "in comorbidità". Il rilievo di caratteristiche atipiche di depressione e di elevate percentuali di comorbidità con altri disturbi deve quindi stimolare la ricerca di episodi ipomaniacali. La questione della comorbidità tra disturbo bipolare II, disturbi d'ansia e disturbi di personalità è sicuramente molto complessa e suscettibile di interpretazioni patogenetiche disparate; verosimilmente, la disregolazione affettiva del bipolare II si estende oltre l'euforia e la depressione per includere, fra gli altri, stati di *arousal* affettivo negativo come il panico, l'irritabilità e l'instabilità dell'umore.

Lo studio dell'NIMH sui pazienti unipolari che diventano bipolari II ha fornito alcune informazioni importanti. Dei 559 pazienti con depressione maggiore all'inizio dello studio, 48 diventavano bipolari II durante un'osservazione prospettica della durata di 11 anni (Akiskal, Placidi, Signoretta, Liguori, Gervasi, Maremanni & Akiskal, 1995). Le variabili che caratterizzavano questi 48 bipolari II alla valutazione iniziale erano l'età di esordio precoce, la ricorrenza degli episodi depressivi, la percentuale elevata di divorzi e/o separazioni e disadattamento scolastico e/o lavorativo, atti "antisociali" isolati, abuso di sostanze; in breve una storia di vita tempestosa e ricca di cambiamenti. Inoltre, l'episodio depressivo indice era caratterizzato da alcuni aspetti peculiari, come la presenza di ansia fobica, sensibilità interpersonale, sintomi ossessivo-compulsivi, somatizzazioni, alternanza diurna inversa, autocommiserazione, manifestazioni di collera con recriminazioni di gelosia, di sospettosità, con idee di riferimento, ancora a testimonianza dell'ampia commistione di sintomi depressivi "atipici" con aspetti "borderline". Anche alcuni attributi temperamentali, quali le fluttuazioni dell'energia e la tendenza a costruzioni fantastiche (*day dreaming*), già descritti da Kreschmer (1936) per il temperamento ciclotimico, si dimostrano essenziali nell'identificare i soggetti che passano dalla depressione all'ipomania.

Il disturbo bipolare II risulta dunque un disturbo affettivo complesso, nel quale l'estrema instabilità dell'umore e biografica risulterebbe sostenuta soprattutto da un'intensa disregolazione

temperamentale. Sfortunatamente, i maggiori sistemi diagnostici (ICD-10 e DSM-V) sono orientati prevalentemente sui sintomi, senza tenere conto delle disposizioni temperamentali.

La corretta individuazione del disturbo bipolare II ha ricadute importanti sul piano operativo, in termini prognostici e terapeutici. Sin dalle ricerche pionieristiche di Dunner et al. (1976), la letteratura ha riconosciuto un rischio elevato di suicidio in questo gruppo di pazienti. In ambito clinico, percentuali comprese tra il 30 e il 55% di tutti i soggetti che richiedono aiuto per depressione, ad un esame diagnostico attento, risultano affetti da disturbo bipolare II. Come sostenuto da Simpson, Folstein, Meyers, Mc Mahon, Brusco & Depaulo Jr. (1993), il disturbo bipolare II sembra rappresentare il fenotipo più comune della malattia maniaco depressiva.

Lo studio francese EPIDEP (Allilaire et al., 2001) basato su un campione clinico di pazienti ricoverati o ambulatoriali, afferenti sia a centri ospedalieri che universitari, ha fornito dati molto significativi sull'elevata prevalenza del disturbo bipolare II nei pazienti che hanno come episodio indice una depressione maggiore. All'intervista basale il 22% dei primi 250 soggetti considerati ha una storia passata di ipomania; un mese dopo, al 40% dei pazienti era posta la diagnosi di disturbo bipolare II sulla base di una valutazione più approfondita, di informazioni raccolte da familiari e amici, oppure grazie all'osservazione diretta dell'ipomania da parte del clinico. Queste osservazioni imporrebbero una revisione degli attuali sistemi nosografici, nei quali dovrebbe essere dato il giusto risalto ad una variante del disturbo bipolare ampiamente rappresentata nelle casistiche cliniche e con una propria autonomia per quanto riguarda le caratteristiche psicopatologiche e la stabilità di decorso.

Esistono inoltre numerose condizioni che suggeriscono una diatesi per disturbo bipolare e che quindi devono essere esplorate attentamente. Una storia di iperattività nell'infanzia è più frequente nei pazienti bipolari rispetto agli unipolari, così come una storia di abuso di stimolanti e alcol. In questo senso devono essere considerate la stagionalità, l'elevata ricorrenza degli episodi depressivi, i periodici stati di irritabilità, di neuroastenia o di disturbi del sonno. Anche il decorso episodico del disturbo ossessivo-compulsivo si associa frequentemente al disturbo bipolare II e deve suggerire, quindi, un'attenta valutazione delle manifestazioni affettive. Infine, recentemente, è stato suggerito che alcuni comportamenti impulsivi, quali atti di aggressività auto ed eterodiretta, ma anche il gioco d'azzardo patologico e le parafilie possono rientrare nello spettro bipolare (McElroy et al., 1996).

## **VII. Rapidi ciclici**

---

La rapida ciclicità consta di un minimo di quattro episodi di malattia di opposta polarità all'anno (Coryell, Endicott & Keller, 1992). Più spesso è una condizione che si osserva nell'ambito del disturbo bipolare II, caratterizzato, quindi, da almeno quattro episodi di ipomania o depressione per anno, in alcuni casi senza soluzioni di continuità.

Sono stati descritti anche gli ultrarapidi ciclici ( $\geq 4$  al mese) e gli ultradiani ( $\geq 4$  alla settimana). In tutti questi casi, al contrario di quanto si verifica per la ciclotimia, le manifestazioni cliniche devono soddisfare la soglia di gravità per la (ipo)mania e la depressione. La rapida ciclicità è stata riportata nel 13-56% dei pazienti bipolari, e sembrerebbe una fase transitoria nel decorso del disturbo bipolare, piuttosto che un distinto sottotipo (Coryell et al., 1992). In un'osservazione prospettica di 2-4 anni molti rapidi ciclici vedono ridotta la loro ciclicità al di sotto dei 4 episodi (Coryell et al., 1992).

I fattori di rischio riportati per questa condizione includono il sesso femminile, il temperamento ciclotimico, l'ipotiroidismo borderline e un uso eccessivo di antidepressivi (Bauer et al., 1994). A questo proposito, in uno studio retrospettivo condotto su 320 pazienti bipolari (Perugi et al., 2000), è stato osservato che quando il disturbo esordisce con la depressione, il decorso rapido ciclico si sviluppa più frequentemente; in questi casi, verosimilmente, il largo impiego di antidepressivi potrebbe avere favorito la rapida ciclicità.

## **VIII. Conclusioni**

---

Gli studi epidemiologici più recenti riconoscono al disturbo bipolare una prevalenza pari o maggiore al 5%. Anche per quanto riguarda le casistiche cliniche questi disturbi sembrano molto più rappresentati di quanto si riteneva in passato. Queste osservazioni sono in parte il risultato di una definizione nuova e più ampia di spettro bipolare. Oltre al Disturbo Bipolare I classico, caratterizzato da episodi maniacali con o senza depressione maggiore, rientrano in questo ambito le forme psicotiche, includendo le varianti schizoaffettive. Il Disturbo Bipolare II, caratterizzato da depressione maggiore ricorrente associata a ipomania spontanea rappresenta il fenotipo più comune di disturbo bipolare. La maggior parte dei dati derivanti dalla ricerca clinica indica che la durata media degli episodi ipomaniacali è di due giorni, inferiore quindi ai 4 giorni previsti dal DSM V per la diagnosi. Una variante del disturbo bipolare II è la “depressione ciclotimica”, caratterizzata da depressioni maggiori (più spesso con caratteristiche atipiche) insorte su una base temperamentale ciclotimica. La maggior parte degli autori è inoltre concorde nel ricondurre nell'ambito dello spettro bipolare le forme caratterizzate da depressione associata ad ipomania indotta da antidepressivi. Secondo Akiskal e Pinto (1999), queste forme possono essere definite come disturbo bipolare III. In alcuni casi, specialmente se la ricorrenza degli episodi di malattia è elevata ed i periodi interepisodici non sono liberi da manifestazioni affettive, possono essere soddisfatti i criteri per i disturbi di personalità del cluster affettivo (borderline, narcisistico, istrionico). Questo è particolarmente vero per il disturbo bipolare II insorto su una base ciclotimica; in queste condizioni, spesso, viene posta la diagnosi di disturbo borderline di personalità.

La rapida ciclicità rappresenta una fase transitoria nel decorso del disturbo bipolare, specialmente del bipolare II, e si verifica in più del 20% dei pazienti. Questa è una condizione che deve essere tenuta distinta dagli stati misti, osservabili mediamente nel 40% dei pazienti bipolari. Questi ultimi sono spesso associati a sintomi psicotici, a disturbi neurologici e da uso di alcol o sostanze. L'abuso di alcol e di sostanze è spesso riconducibile all'interno dello spettro dei disturbi bipolari. Molti pazienti con disturbo bipolare usano sostanze, almeno in fase iniziale, con modalità “autoterapeutiche”.

Vista l'estrema variabilità delle presentazioni cliniche e le difficoltà che si incontrano nella diagnosi retrospettiva di mania ed ipomania, il problema della corretta identificazione del disturbo bipolare rimane aperto ancora oggi. Mania, ipomania, depressione psicotica e stati misti sono spesso misconosciuti e non individuati correttamente, con rilevanti implicazioni sul piano prognostico e delle scelte terapeutiche. Solo una maggiore diffusione delle conoscenze relative all'intero spettro dei disturbi dell'umore può consentire un corretto inquadramento diagnostico ed un migliore approccio terapeutico a breve e a lungo termine di queste condizioni morbose.

---

**BIBLIOGRAFIA**


---

- AKISKAL, H. S., KHANI, M. K. & SCOTT-STRAUSS, A. (1979a). Cyclothymic temperamental disorders. *Psychiatric Clinical of North America*, 2, 527-554.
- AKISKAL, H. S. & PUZANTIAN, V. R. (1979b). Psychotic forms of depression and mania. *Psychiatric Clinic of North America*, 2, 419-439.
- AKISKAL, H. S. (1983a). The bipolar spectrum: new concepts in classification and diagnosis. In L. GRINSPOON. (Ed.). *Psychiatry update: the American Psychiatric Association annual review, Vol. II.* (pp. 271-192). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- AKISKAL, H. S., WALKER, P. W., PUZANTIAN, V. R., KING, D., ROSENTHAL, T. L & DRANON, M. (1983b). Bipolar outcome in the course of depressive illness: phenomenologic, familial, and pharmacologic predictors. *Journal of Affective Disorders*, 5, 115-128.
- AKISKAL, H. S. & MALLYA, G. (1987). Criteria for the “soft” bipolar spectrum: treatment implications. *Psychopharmacological Bulletin*, 23, 68-73.
- AKISKAL, H. S. & AKISKAL, K. (1988). Re-assessing the prevalence of bipolar disorders: Clinical significance and artistic creativity. *Psychiatrie et Psychobiologie*, 3, 29-36.
- AKISKAL, H. S., MASER, J. D., ZELLER, P., ENDICOTT, J. CORYELL, W. & KELLER, M. (1995). Switching from “unipolar” to “bipolar II”: an 11-year prospective study of clinical and temperamental predictors in 559 patients. *Archives of General Psychiatry*, 52, 114-123.
- AKISKAL, H. S. ET AL. (1998). TEMPS-I: Delineating the most discriminant traits of cyclothymic, depressive, irritable and hyperthymic temperaments in a nonpatient population. *Journal of Affective Disorders*, 51, 7-19.
- AKISKAL, H. S. & PINTO, O. (1999). The evolving bipolar spectrum. Prototypes I, II, III, and IV. *Psychiatric Clinic of North America*, 22, 517-534.
- AKISKAL, H. S., BOURGEOIS, M. L., ANGST, J., POST, R. MOLLER, H. & HIRSCHFELD, R. (2000). Re-evaluating the prevalence of and diagnostic composition within the broad clinical spectrum of bipolar disorders. *Journal of Affective Disorders*, 59, 1, S5-S30.
- AKISKAL, H. S. (2007). The emergence of the bipolar spectrum: validation along clinical-epidemiologic and familial-genetic lines. *Psychopharmacological Bulletin*, 40 (4), 99-115.
- ALLILAIRE, J. F. ET AL. (2001). Frequency and clinical aspects of bipolar II disorder in a French multicenter study: EPIDEP. *Encephale*, 27(2), 149-158.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Ed. 4 (DSM-IV). Washington DC: APA Press.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Ed. 5 (DSM-V). Washington DC: APA Press.
- ANGST, J. (1973). *Foreign Psychiatry: The etiology and nosology of endogenous depressive psychoses.* [Translated from the 1966 German version]. New York: International Arts and Sciences Press.
- ANGST, J. (1998). The emerging epidemiology of hypomania and bipolar II disorder. *Journal of Affective Disorders*, 50, 143-151.
- ANGST, J. ET AL. (2013). Evidence-based definitions of bipolar-I and bipolar-II disorders among 5,635 patients with major depressive episodes in the Bridge Study: validity and comorbidity. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 263(8), 663-673.
- BAILLARGER, J. (1854). De la folie à double forme. *Annales Medico- Psychologiques*, 6, 367-391.
- BAUER, M. S. ET AL. Multisite data reanalysis of the validity of rapid cycling as a course modifier for bipolar disorder in DSM-IV. *American Journal of Psychiatry*, 151, 506-515.
- CARLSON, G. A. & GOODWIN, F. K. (1973). The stages of mania: A longitudinal analysis of the manic episode. *Archives of General Psychiatry*, 28, 221-228.
- CASSANO, G. B., AKISKAL, H. S., SAVINO, M., MUSETTI, L., PERUGI, G. & SORIANI, A. (1992). Proposed subtypes of bipolar II and related disorders: With hypomanic episodes (or cyclothymia) and with hyperthymic temperament. *Journal of Affective Disorders*, 26, 127-140.
- CORYELL, W., ENDICOTT, J. & KELLER, M. (1992). Rapidly cycling affective disorder: Demographics, diagnosis, family history and course. *Archives of General Psychiatry*, 49, 126-131.
- DELL’OSSO, L., AKISKAL, H. S., FREER, P., BARBERI, M., PLACIDI, G. F. & CASSANO, G. B. (1993). Psychotic and nonpsychotic bipolar mixed states: Comparisons with manic and schizoaffective disorders. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 243, 75-81.

- DELTITO, J. ET AL. (2000). Do patients with borderline personality disorder belong to the bipolar spectrum? *Journal of Affective Disorders*, 67 (1-3), 221-228.
- DILSAVER, S. C., SWANN, A. C., SHOAB, A. M., BOWERS, T. C. & HALLE, M. T. (1993). Depressive mania associated with nonresponse to antimanic agents. *American Journal of Psychiatry*, 150, 1548-1551.
- DUNNER, D. L., GERSHON, E. S. & GOODWIN, F. K. (1976). Heritable factors in the severity of affective illness. *Biological Psychiatry*, 11, 31-42.
- ECKBLAD, M. & CHAPMAN, L. J. (1986). Development and validation of a scale for hypomanic personality. *Journal of Abnormal Psychology*, 95, 214-222.
- FALRET, J. P. (1854). Memoire sur la folie circulaire. *Bulletin de l'Academie Nationale de Medicine*, 19, 382-415.
- GHAEMI, S. N. & DALLEY, S. (2014). The bipolar spectrum: conceptions and misconceptions. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 48 (4), 314-24.
- GOODWIN, F. K. & JAMISON, K. R. (1990). *Manic-depressive illness*. New York: Oxford University Press.
- HIMMELHOCH, J. M., MULLA, D., NEIL, J. F., DETRE, T. P. & KUPFER, D. J. (1986). Incidence and significance of mixed affective states in a bipolar population. *Archives of General Psychiatry*, 33, 1062-1066.
- JAMISON, K. R., GERNER, R. H., HAMMEN, C. & PADESKY, C. (1980). Clouds and silver linings: positive experiences associated with primary affective disorders. *American Journal of Psychiatry*, 137, 198-202.
- KESSLER, R. C. ET AL. (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 51, 8-19.
- KLEIN, D. N., DEPUE, R. A. & SLATER, J. F. (1986). Inventory identification of cyclothymia. IX. Validation in offspring of bipolar I patients. *Archives of General Psychiatry*, 43, 441-445.
- KRAEPELIN, E. (1921). *Manic-depressive insanity and paranoia*. Edinburgh: ES Livingstone.
- KRETSCHMER, E. (1936). *Physique and Character*. London: Kegan, Paul, Trench, Trubner and Co., Ltd.
- LEONHARD, K. (1957). *Aufteilung der endogenen Psychosen*. Berlin: Akademie Verlag.
- LEVITT, A. J., JOFFE, R. T., ENNIS, J., MACDONALD, C. & KUTCHER, S. P. (1990). The prevalence of cyclothymia in borderline personality disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 51, 335-339.
- LEWINSOHN, P. M., KLEIN, D. L. & SEELEY, J. R. (1995). Bipolar disorders in a community sample of older adolescents: prevalence, phenomenology, comorbidity, and course. *Journal of American Academy Children and Adolescent Psychiatry*, 34, 454-463.
- MALHI, G. S. ET AL. Mixed state discrimination: a DSM problem that won't go away? *Journal of Affective Disorders*, 158, 8-10.
- MARNEROS, A. (1999). *Handbuch der unipolaren und bipolaren Erkrankungen*. Stuttgart: Georg Thieme Verlag.
- MCELROY, S. L., POPE, H. G. Jr., KECK, P. E. Jr., HUDSON, J. I., PHILLIPS, K. A. & STRAKOWSKI, S. M. (1996). Are impulse-control disorders related to bipolar disorder? *Comprehensive Psychiatry*, 37, 299-340.
- MERIKANGAS, K. R. ET AL. (2014). Independence of familial transmission of mania and depression: results of the NIMH family study of affective spectrum disorders. *Molecular Psychiatry*, 19(2), 214-219.
- PERUGI, G. ET AL. (1998). The high prevalence of soft bipolar (II) features in atypical depression. *Comprehensive Psychiatry*, 39, 63-71.
- PERUGI, G., AKISKAL, H. S., MICHELI, C., MUSETTI, L., PAIANO, A. & QUILICI, C. (1997). Clinical subtypes of bipolar mixed states: validating a broader European definition in 143 cases. *Journal of Affective Disorders*, 43, 169-180.
- PERUGI, G. ET AL. (2000). Polarity of the first episode, clinical characteristics, and course of manic depressive illness: A systematic retrospective investigation of 320 bipolar I patients. *Comprehensive Psychiatry*, 41, 13-18.
- PERUGI, G., FORNARO, M. & AKISKAL, H. S. (2011) Are atypical depression, borderline personality and bipolar II disorder overlapping manifestations of a common cyclothymic diathesis? *World Psychiatry*, 10(1), 45-51.
- PLACIDI, G. F., SIGNORETTA, S., LIGUORI, A., GERVASI, R., MAREMANNI, I. & AKISKAL, H. S. (1998). The Semi-Structured Affective Temperament Interview (TEMPS-I): Reliability and psychometric properties in 1010 14-26 year students. *Journal of Affective Disorders*, 47, 1-10.
- REGIER, D. A. ET AL. (1988). One-month prevalence of mental disorders in the United States. Based on five Epidemiologic Catchment Area sites. *Archives of General Psychiatry*, 45, 977-986.

- ROSENTHAL, N. E., ROSENTHAL, L. N., STALLONE, F., DUNNER, D. L. & FIEVE, R. R. (1980). Toward the validation of RDC schizoaffective disorder. *Archives of General Psychiatry*, 37, 804-810.
- SCHNEIDER, K. (1959). *Clinical psychopathology*. New York: Grune and Stratton.
- SIMPSON, S. G., FOLSTEIN, S. E., MEYERS, D. A., Mc MAHON, F. J., BRUSCO, D. M. & DEPAULO, J. R. Jr. (1993). Bipolar II: The most common bipolar phenotype? *American Journal of Psychiatry*, 150, 901-903.
- SZÁDÓCZKY, E., PAPP, Z., VITRAI, J., RIHMER, Z. & FÜREDI, J. (1998). The prevalence of major depressive and bipolar disorder in Hungary. *Journal of Affective Disorders*, 50, 155-162.
- TAYLOR, M. A. & ABRAMS, R. (1973). The phenomenology of mania: A new look at some old patients. *Archives of General Psychiatry*, 29, 520-522.
- TONI, C., PERUGI, G., MATA, B., MADARO, D., MAREMMANI, I. & AKISKAL, H. S. (2001). Is mood-incongruent manic psychosis a distinct subtype? *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 251(1), 12-17.
- WEISSMAN, M. M. ET AL. (1996). Cross-national epidemiology of major depression and bipolar disorder. *JAMA*, 276, 293-299.
- WICKI, W. & ANGST, J. (1991). The Zurich study. X. Hypomania in a 28- to 30-year-old cohort. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 40, 339-48.
- WINOKUR, G., CLAYTON, P. J. & REICH, T. (1969). *Manic depressive illness*. St. Louis: CV Mosby.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (1992). *The ICD-10 classification of mental and behavioral disorders*. Geneva Switzerland: WHO.

Cristina Toni  
Istituto di Scienze del Comportamento  
I-Via di Pratale, 3 Pisa  
www.iscdelisio.org  
E-mail: cristina.toni@psico-educazione.it

## INTERVIEW WITH HIRONORI NAKAJIMA INTERVISTA A HIRONORI NAKAJIMA

GIUSEPPE FERRIGNO

### Abstract

The interview with Hironori Nakajima consists of a sequence of questions designed to bring out how the Individual Psychology has spread in Japanese culture, particularly steeped in Buddhism and how the Adlerian thought could have built and developed. Hironori Nakajima deals with the basic concepts of Individual Psychology and the areas in which they can be applied, focusing specifically on the concept of “social interest”, “holism”, teleology, psychology of use, very close to the Buddhist concepts and the principle of retribution (What goes around comes around), very common in Japan.

### Keywords

INTERVIEW, JAPAN, JAPANESE SOCIETY OF ADLERIAN PSYCHOLOGY (JSAP), ADLERIAN MODEL

### Riassunto

L'intervista a Hironori Nakajima consiste in una sequenza di domande finalizzate a far emergere come la Psicologia Individuale si sia diffusa nella cultura giapponese, particolarmente intrisa di Buddismo e in che modo il pensiero adleriano possa essersi integrato e sviluppato. Hironori Nakajima affronta i concetti basilari della Psicologia Individuale e gli ambiti in cui è possibile applicarli, soffermandosi nello specifico sul concetto di “interesse sociale”, di “olismo”, di teleologia, di psicologia d'uso, concetti molto vicini all'orientamento buddista e al principio di “retribuzione/ricompensa” (*Raccogli quello che hai seminato*), molto comune in Giappone.

### Parole chiave

INTERVISTA, GIAPPONE, JAPANESE SOCIETY OF ADLERIAN PSYCHOLOGY (JSAP), MODELLO ADLERIANO

We continue through our interviews in our intent to foster a metaphorical affectionate hug between Adlerians in the world who work daily in an effort to follow, spread and deepen the principles of Individual Psychology. I am happy to accommodate, therefore, the Japanese adlerian colleague Hironori Nakajima, *Liaison Officer of the International Association of Individual Psychology (IAIP)*, professor at the “University of Science. Departement of Applied Science “of Okayama.

Hironori Nakajima answers in a concise and comprehensive kind to our questions, with a view to discussion and dialogue between different cultures, making us understand how the principles of Individual Psychology are universally accepted and adaptable to any culture, even to the Japanese, where the Buddhist spirituality permeates all areas of life. Even in the far east Adlerian thought, born in a purely Central European context, in Vienna in 1911, was able to consolidate its bases in holistic, teleologically oriented, phenomenological, relational psychology.

The interview with Nakajima is accompanied by an in-depth article that, in my opinion, showed even more explicit as the Adlerian concepts of “feeling”, “social interest”, intuition and creativity have been incredibly similar from Japanese culture. In particular, the editors of “Dialoghi adleriani” found very stimulating part of the article in which Mr. Hironori Nakajima clarifies how some Adlerians use the Zen Tarot: some Japanese therapists make use of tarot cards as a Zen elective tool that allows you to tackle the spiritual tasks and as projective material. For example – said Hironori Nakajima – they gather some cards and make reading to patients, encouraging them to think for themselves the meaning of the cards: hence through this method lifestyle and vital tasks emerge.

The Editor, reading the interview and the article, has been stimulated to make further in-depth research on Zen Tarot cards of the Indian guru Osho, whose thinking is very close to what Hironori

Nakajima explicit. The human being for Osho is a laboratory and Zen Tarot cards are used both as an experiment to go “inside” of us as a vehicle to bring out what is already present in us and what we already know, but we do not understand (Alfred Adler says it about the concept of the unconscious). Each card drawn is a response to a problem that is a direct reflection of what you are able or not to recognize. Osho Zen Tarot represent a tool that enriches our inner understanding through intuition and allows a journey into the self: moods, thoughts and ideas of the Indian guru Osho feed, in fact, the intuition, which is understood in its Adlerian sense. But let’s go now, with wonder and magic, the mysterious to us Westerners, Japanese routes of oriental culture.

Proseguiamo attraverso le nostre interviste nel nostro intento di favorire un metaforico affettuoso abbraccio fra gli adleriani che nel mondo lavorano quotidianamente nello sforzo di seguire, diffondere e approfondire i principi della Psicologia Individuale. Sono lieto di ospitare, perciò, il collega adleriano giapponese Hironori Nakajima, *Liaison Officer* dell’*International Association of Individual Psychology (IAIP)*, professore presso l’“University of Science. Departement of Applied Science” di Okayama.

Hironori Nakajima risponde in modo sintetico ed esaustivo alle nostre domande, in un’ottica di confronto e di dialogo fra culture diverse, facendoci comprendere come i principi della Psicologia Individuale siano universalmente accolti e adattabili a qualsiasi cultura, anche a quella giapponese, dove la spiritualità buddista impregna tutti i settori della vita. Anche nel lontano oriente il pensiero adleriano, nato in un contesto prettamente mitteleuropeo, nella Vienna del 1911, è riuscito a consolidare le proprie basi di psicologia olistica, teleologicamente orientata, fenomenologica, relazionale.

L’intervista a Nakajima è accompagnata da un articolo di approfondimento che, a mio avviso, evidenzia in modo ancora più esplicito come i concetti adleriani di “sentimento” e di “interesse sociale”, d’intuizione e di creatività siano stati incredibilmente assimilati dalla cultura giapponese, in particolare, la Redazione di “Dialoghi adleriani” ha trovato molto stimolante la parte dell’articolo in cui il collega Hironori Nakajima chiarisce come alcuni Adleriani utilizzino i tarocchi Zen: alcuni terapeuti si servono dei tarocchi Zen come strumento elettivo che consente di affrontare i compiti spirituali e come materiale proiettivo. Ad esempio – sottolinea Hironori Nakajima – si raccolgono alcune carte e si fanno leggere ai pazienti, incoraggiandoli a pensare da loro stessi il significato delle carte medesime: di conseguenza attraverso questo metodo emergono lo stile di vita e i compiti vitali.

La Redazione, in seguito alla lettura dell’intervista e dell’articolo, è stata stimolata a fare un’ulteriore ricerca di approfondimento sui *Tarot cards Zen* del guru indiano Osho, il cui pensiero è molto vicino a quanto ci esplicita Hironori Nakajima. Per Osho l’essere umano è un laboratorio e i *Tarot cards Zen* sono utilizzati sia come esperimento per andare “dentro” di noi sia come veicolo per far emergere ciò che è già presente in noi e *ciò che già sappiamo, ma non comprendiamo* (È quanto dice Alfred Adler a proposito del concetto di inconscio). Ogni carta pescata è una risposta a un problema che costituisce un riflesso diretto di ciò che si è in grado o non di riconoscere. I Tarocchi Zen rappresentano per Osho uno strumento che arricchisce la nostra comprensione interiore attraverso l’intuito e consente un viaggio

all'interno di Sé: gli stati d'animo, i pensieri e le idee del guru indiano Osho alimentano, infatti, l'intuizione, che viene intesa proprio in senso adleriano.

Ma ora addentriamoci, con stupore ed incanto, nei misteriosi, per noi occidentali, percorsi della cultura orientale giapponese.

*Ferrigno:* What are in your opinion the epistemological bases that characterize with most significance the Adlerian model?

*Nakajima:* I would like to use Dr. Tanaka's (ex-president of JSAP) quote from JSAP's web site: «I think the most significant principle of the Adlerian model is the concept that makes us aware of the fact that I do not live your life, nor do you live mine». I also would like to use Dr. Silverman's quote to explain Adlerian Psychology, that is «Individual Psychology is a psychology of use in which each individual strives for significance to achieve fictive goals in creative holistic unique manner making use of heredity and environment to develop a style of life which becomes “normal” and useful when it is in accordance with the needs of others and shows social interest».

*Ferrigno:* Quali sono a suo parere le basi epistemologiche che caratterizzano maggiormente il modello adleriano?

*Nakajima:* Vorrei utilizzare una citazione del dottor Tanaka (ex-presidente della “Società Giapponese di Psicologia Adleriana” - JSAP), estrapolata dal sito web di JSAP: «Penso che il più significativo principio del modello adleriano sia il concetto che ci rende consapevoli del fatto io non vivo la tua vita, né tu vivi la mia vita. Io faccio vivere la mia vita e tu fai vivere la tua vita». Mi piace anche utilizzare una citazione del Dr. Silverman sulla psicologia adleriana: «La Psicologia Individuale è una “psicologia d'uso” in cui ogni individuo si sforza di dare un significato alla vita e di raggiungere mete finzionali in maniera olisticamente unica e creativa, utilizzando eredità ed ambiente per sviluppare uno stile di vita che diventa “normale” e utile quando sia in sintonia con i bisogni degli altri e quando riveli un vero interesse sociale».

*Ferrigno:* In which areas do you think it's possible to apply Individual Psychology?

*Nakajima:* As a clinical psychologist, I find Individual Psychology very effective and helpful in my work, but Adler once said: «My psychology belongs to everyone». This is true of the present day. I believe we can apply the Individual Psychology to any areas.

*Ferrigno:* In quali settori, a suo avviso, è possibile applicare la Psicologia Individuale?

*Nakajima:* Io, come psicologo clinico, trovo che la Psicologia Individuale sia molto efficace e utile nel mio lavoro, ma Adler stesso ha detto: «La mia psicologia appartiene a tutti». Questo è vero oggi. Credo che possiamo applicare la Psicologia Individuale in tutti i settori.

*Ferrigno:* How does Adlerian psychotherapy unfold?

*Nakajima:* I think an Adlerian psychotherapy is an encouragement for people to realize «first, we can be happy, second, we should give to others, and, third, these two are the same thing in essence» (Dr. Noda the founder of JSAP).

*Ferrigno:* Come si sviluppa una psicoterapia adleriana?

*Nakajima:* Io penso che una psicoterapia adleriana sia una psicoterapia dell'incoraggiamento per conseguire i seguenti obiettivi: «In primo luogo, possiamo essere felici, in secondo luogo, dobbiamo dare agli altri e, in terzo luogo, questi due concetti sono in sostanza la stessa cosa» (Dr. Noda, fondatore della “Società Giapponese di Psicologia Adleriana” - JSAP).

*Ferrigno:* How important are ethics and deontology in Adlerian therapy?

*Nakajima:* Ethics and deontology are very important for therapists. I think it is only an Adlerian psychology that includes ethics and deontology as social interest within its psychology. Because we have in mind the concept of social interest, I am able to constantly review myself.

*Ferrigno:* Quanto sono importanti l'etica e la deontologia nella psicoterapia adleriana?

*Nakajima:* L'etica e la deontologia sono molto importanti per i terapeuti. Penso che solo una psicologia adleriana includa l'etica e la deontologia così come l'interesse sociale all'interno della propria psicologia. D'altra parte, proprio il concetto di interesse sociale ci sprona a riesaminare costantemente il nostro operato.

*Ferrigno:* Can you describe to readers how the Individual Psychology of Alfred Adler, born in Vienna, in Europe, has been welcomed by the Japanese culture and why?

*Nakajima:* I think the concept of “social interest” is the main drive that made Adlerian psychology welcome in Japan. I also think the concepts of teleology and the psychology of use are new and effective for us because the Buddhist way of thinking of retribution (What goes around comes around) is common in Japan.

*Ferrigno:* Può descrivere ai lettori come la Psicologia Individuale di Alfred Adler, nata a Vienna, in Europa, sia stata accolta dalla cultura giapponese e perché?

*Nakajima:* Credo che il concetto di “interesse sociale” sia il motivo fondamentale per cui la psicologia adleriana sia stata accolta in Giappone. Inoltre, i concetti di teleologia e di psicologia d'uso sono per noi nuovi ed efficaci, perché la concezione buddistica relativa alla “retribuzione/ricompensa” (*Raccogli quello che hai seminato*) è molto comune in Giappone.

*Ferrigno:* Can you tell me something about the “Japanese Society of Adlerian Psychology” (JSAP)?

*Nakajima:* The Japanese Society of Adlerian Psychology (JSAP) was established in 1984. The purposes of our society are mainly to research and delve into Adlerian psychology. As of May 2014 our members are approximately 950. Like Adler, we are studying Adlerian psychology with professionals and non-professionals. We are also sharing information and knowledge in many fields.

*Ferrigno:* Mi può parlare della “Società Giapponese di Psicologia Adleriana” (JSAP)?

*Nakajima:* La “Società Giapponese di Psicologia Adleriana” (JSAP) è nata nel 1984. Le finalità della nostra società sono soprattutto la ricerca e l'approfondimento della Psicologia Adleriana. I membri, a maggio 2014, risultano essere circa 950. Come Adler, studiamo la

psicologia adleriana insieme a professionisti e non professionisti condividendo informazioni e conoscenze in molti campi.

*Ferrigno:* In what way do you think Adlerian Societies around the world can collaborate?

*Nakajima:* Having casual meetings during IAIP congress, sharing information through SNS such as Facebook is easy for Japanese Adlerians.

*Ferrigno:* In che modo pensa che sia possibile una collaborazione tra le Società adleriane in tutto il mondo?

*Nakajima:* Si può collaborare attraverso incontri durante il congresso IAIP e attraverso la condivisione di informazioni attraverso *Social Networking Site* (SNS), come Facebook, che è di facile consultazione per i Giapponesi adleriani.

Hironori Nakajima  
Okayama University of Science  
Takuya Yamamoto  
Kurashiki Municipal Mabi Junior High School

## PRACTICING THE BASIC ASSUMPTIONS OF INDIVIDUAL PSYCHOLOGY IN A GROUP

HIRONORI NAKAJIMA

### *Abstract*

In this presentation we introduce a group cards activity with some sayings by Adler and Dreikurs. We carried out this type of activity for the following purposes:

1. to improve understanding of Individual Psychology (I. P.);
2. to help people solve problems in a cooperative manner while in a group according to the theory and philosophy of I. P. Our experiment showed that during this activity, participants could easily understand the basic assumptions of I. P. and apply them to problem solving.

### *Keywords*

*SOCIAL FEELING, ENCOURAGEMENT, ADLER'S AND DREIKURS' CARDS OF SAYINGS, GROUP ACTIVITY*

### *Riassunto*

In questa presentazione introduciamo un'attività di gruppo utilizzando alcune schede costituite da frasi di Adler e di Dreikurs che abbiamo creato per i seguenti scopi:

1. migliorare la comprensione della Psicologia Individuale (I. P.);
2. aiutare le persone a risolvere i problemi in modo cooperativo in un gruppo secondo la teoria e la filosofia dell'Individual psicologia. Il nostro esperimento ha dimostrato che attraverso quest'attività i partecipanti possono facilmente comprendere gli assunti di base della P. I. e che tali assunti possono essere applicati alla soluzione dei problemi.

### *Parole chiave*

*SENTIMENTO SOCIALE, INCORAGGIAMENTO, SCHEDE CON FRASI DI ADLER E DI DREIKURS, ATTIVITÀ DI GRUPPO*

## **I. Purpose**

We think that it is important to teach the basic assumptions of I. P. to help people gain a clearer understanding of what is going on in their relationships and be able to apply I. P. concepts in an easier manner such as community feeling, horizontal relationships and encouragement, in their daily lives. We developed this teaching method during a group activity. Our experiment showed that through this activity, participants could easily understand the basic assumptions of I. P. and apply them to problem solving.

We think that Japanese Adlerians have a good understanding of the philosophical aspects of I. P., such as “not dominating others” and “horizontal relationship”, because we have stressed the importance of the philosophical aspects of I. P. over the years in our basic Adlerian courses. We also think that the techniques of I. P. such as using encouragement and questions are also well understood. One of the main reasons behind these assumptions is that many Adlerians in Japan have attended the Japanese parenting education course called “PASSAGE” (Parent Study System on Adlerian Group Experiences) (Noda, 2000) which draws largely on “Positive Discipline” (Nelsen, 1996). We think that these people also have a good understanding of the basic assumptions of I. P. as they are also taught in basic courses of I. P.

However, we feel the need to teach people how to analyze everyday life problems theoretically using the basic assumptions of I. P. before they begin to use encouragement techniques. Adlerians use many kinds of card these days. For example, tarot cards to solve spiritual tasks and “Positive Disci-

pline Parenting Tools” cards (Nelsen and Garsia, 2009) to learn encouragement techniques. Nonetheless, the number of cards to learn Adlerian theory is very limited.

In this presentation we will introduce a group activity using sayings by Adler and Dreikurs written on cards that we created for the following purposes:

1. to improve understanding of I. P.;
2. to help people solve problems while in a group in a cooperative manner according to the theory and philosophy of I. P.

## II. Method

---

We created a set of cards using Alfred Adler’s words. In order to make these cards, five members of the Chugoku chapter of JSAP chose quotes by Adler which are related to the basic assumptions, philosophical aspects and techniques of I. P., from the book “Alfred Adler: As we remember him” (Manaster, Painter, Deutsch & Overholt, 1977). We selected the quotes which were chosen the most by our five members from the book.

*Some of the quotes we chose are:*

1. «Yes», he said quietly, «it has always been my function in life to bring people together».
2. Adler answered, «There is no general meaning of life; the meaning of life is that which you give to your own life».
3. «Try to see with a child’s eyes» - Dr. Adler suggested - «hear with child’s ears and feel with a child’s heart».
4. «No matter how egocentric a person might be or what may be his motive for personal aggrandizement, if he is on the useful side of life, he cannot help but to make contributions».
5. One day I was telling Dr. Adler about a discussion I had with an associate, and when I concluded, I added: «... and I’m right». I recall vividly Dr. Adler saying: «Sydney, sometimes the worst thing you can do is be right!».
6. «Do not let your vanity get in the way; do your best and let the chips fall where they may».

Because there were not many quotes which referred to theoretical aspects in “Alfred Adler: As we remember him”, we decided to choose theoretical quotes from the booklet “Dreikurs Sayings” (ICASSI, 1999).

*Examples of quotes chosen from Dreikurs sayings are:*

1. «Nobody does anything he does not want to do».
2. «All our problems are social problems, because a man is a social being».
3. «Emotions are our tools with which we are able to follow our personal convictions. They are not our masters».
4. «We become free if we stop being concerned with our failures and successes».
5. «All human behavior is positive».
6. «If we have a benefit in being sick, we stay sick».

7. «We use our minds and our bodies, our thoughts and our emotions, every part of our being, for the purposes that we have set for ourselves».
8. «There are no absolutes. Everything is how we see it».

### **III. Adler-Dreikurs cards**

---

We finally chose 16 quotes by Adler and 14 quotes by Dreikurs. We added illustrations of Adler and Dreikurs and created the cards.

*Using these cards the group activity proceeds as follows (first version):*

#### *Warm-up*

1. One person shuffles the warm-up cards and takes a card.
2. He/she reads the card.
3. He/she talks about the content of the card, and about an everyday event related to the card.
4. If he/she does not get any hint from the card then he/she takes another card.
5. When the person has decided on a life story that seems usable, he/she talks about it in a little more detail.
6. The other group members ask questions (especially open-ended questions) to help the speaker expand on the episode so the group can get a better understanding of the episode and the thoughts, feelings, and actions of the person.

#### *Main subject*

1. He/she then shares the problem in more detail with the group.
2. He/she picks one card from the set.
3. He/she then reads the card aloud to the group and confirms whether the saying on the card can help solve the problem.
4. If the card seems helpful in solving the problem, the person shares that with the group.
5. If the saying on the card does not seem helpful in solving the problem, the person picks another card until helpful in solving.
6. If the member is not able to solve the problem using the cards, the reasons are discussed within the group.

### **III. 1. Results**

---

*Places where the group activity was carried out:*

1. 7<sup>th</sup> annual congress of JSAP, Chugoku-chapter.
2. Study group in Kochi (mainly lay people).
3. 28<sup>th</sup> annual congress of JSAP.
4. Case study at Adler Guild (Adlerian counsellors).
5. Okayama University of Science (students of teacher-training course).

6. Study group in Osaka-Sayama city (mainly mothers who studied Passage).
7. Okayama University (students of clinical psychologist training course).

### **III. 2. Participants' impressions**

---

«Understanding of the basic assumptions deepened».

«It was interesting that the right card for my problem appeared».

«I discussed with the group a lot when the word was quite difficult. As a result, the understanding of the basic assumptions deepened».

«I think it is better to limit the number of cards one can take. I think I can concentrate more when there are only three or four cards».

«This activity is also suitable for people who practice cognitive-behavioral psychology».

«I was glad to get the reaction of «Wow!» from other members of the group when the card seemed to fit my problem».

«I felt that I was solving my problem with the group using the theory of I.P.».

«I think Adler and Dreikurs must have been really amazing people».

«I was excited because I got the feeling that I was learning directly from Adler and Dreikurs».

«Some cards seemed to give no hint».

«It is a difficult activity for people who do not have any knowledge of the basic assumptions».

### **IV. Some points we made during these sessions were**

---

1. The key to success depends on how well the topic is understood by the group before the cards are used.
2. If there is already an atmosphere conducive to the sharing of the topic, a warm-up card is not necessary. In those cases, a basic assumption card (cards we made describing the basic assumptions of I. P.) can be used instead.
3. It is better to limit the number of times a person may choose a card to three.
4. Depending on the degree of the understanding of the basic knowledge of the basic assumptions, a device to raise understanding is necessary. We therefore added some words to explain the basic assumptions at the end of an episode.

### **V. Some reasons why this group activity was effective**

---

1. The motivation that the problem was going to be solved only by a card became strong because we used words by Adler and Dreikurs.
2. The advantage of using a card is that people can change their problem-solving viewpoint merely by following Adler and Dreikurs.
3. Using cards made it more like a game and this seemed to help participants understand the content of the card more.
4. Using the cards seemed to enable the group to find more effective viewpoints towards the

solution of the problem, rather than change cognitive structure.

5. By incorporating aspects related to techniques and the philosophy of I. P., participants' understanding of the association between these aspects and theory seemed to improve.
6. In this case we have looked at explaining the basic assumptions by using episodes. However, we also need to consider how to explain the theory without using episodes.

## **VI. Using these cards the group activity (latest version)**

### *Warm-up*

1. One person shuffles the basic assumptions cards and takes a card.
2. He/she reads the card.
3. He/she talks about the content of the card and an everyday event related to the card.
4. If he/she does not get any hint from the card, then he/she takes another card.
5. When the person decides which episode they will use, she/he talks about it in a little more detail.
6. The other group members ask questions (especially open-ended questions) to help the speaker expand on the episode so the group can get a better understanding of it and the thoughts, feelings, and actions of the person.

### *Main subject*

1. He/she then shares the problem in more detail with the group.
2. He/she picks one card from the set.
3. He/she then reads the card aloud to the group and confirms whether the saying on the card can help solve the problem.
4. If the card seems helpful in solving the problem, the person shares that with the group.
5. If the saying on the card does not seem helpful in solving the problem, the person picks another card. The member can pick a total of three cards.
6. If the member is not able to solve the problem using the cards, the reasons are discussed within the group.

## **VII. Case example of Ms. A. (Ms. A. gave us permission to use her episode)**

### *Episode*

When my mother came back from work, she said «Hi honey. Oh! It's so late. I have to hurry». My mother rushed to prepare the meal. I thought, «This is scary – she's going to get angry» and so I changed clothes and went to the kitchen quickly. I tried to help her prepare the meal, to prevent her from getting angry. But it didn't work. My mother was already in a bad mood. There was nothing else for me to do, so I took out a cake from the refrigerator and began to eat it. She raised her voice and said: «Why are you eating cake when dinner is nearly ready?» I replied: «Even though I know I shouldn't ... I just ate it without thinking». I knew that both my unconscious and the conscious intended to eat it and I ate it. I thought I was a bit unfair by responding like that “without thinking” of my mother.

*First card*

One day I was telling Dr. Adler about a discussion I had with an associate, and when I concluded, I added, «... and I'm right». I recall vividly Dr. Adler saying: «Sydney, sometimes the worst thing you can do is be right!».

*Impression*

I thought the card hit the nail on the head. Because I did not think that I was wrong to eat the cake. I was not wrong because I was trying to help my mother. In addition, I thought that the card had pointed out the idea that I was correct.

*Second card*

«Just keep it up for your own pleasure and satisfaction, but don't forget that you are doing a great service too».

*Impression*

I did not get the point because I was not able to think that eating cake was a contribution. I tried to help my mother because I wanted her not to get angry so I didn't understand what the card tried to point out. I decided to take another card.

*Third card*

«Adversity may become a benefit».

*Impression*

I thought it was telling me that when I am experiencing a negative feeling, it is a chance for me to practice I. P.

*Overall impression*

It was interesting to see how members of my group reacted when I chose a card and wasn't sure whether it was relevant or not – I could see all of them nodding in agreement when they thought the card was the one. Because everyone in the group asked questions which helped connect the event with the card, the range of questions and my thinking stayed within a limited range. I felt this helped us head in the direction of a solution to the problem and understand the basic assumptions, all in a short time.

**VIII. Conclusion**

---

Using sayings cards by Adler and Dreikurs in a group showed that through this activity participants could easily understand the basic assumptions of I. P. and how to apply them to problem solving.

---

---

## REFERENCES

---

---

- DREIKURS, R. (1999). *Dreikurs Sayings*. ICASSI.
- NELSEN, J. (1996). *Positive Discipline*. Ballantine Books.
- NELSEN, J. & GARSIA, A. (2009). *Positive Discipline Parenting Tools*. Positive Discipline.
- MANASTER, G. J., PAINTER, G., DEUTSCH, D. & OVERHOLT, B. J. (1977). *Alfred Adler: As We Remember Him*. NASAP.
- NODA, S. (2000). *PASSAGE (Parent Study System on Adlerian Group Experiences)*. Adler Guild.

## PRATICARE GLI ASSUNTI DI BASE DELLA PSICOLOGIA INDIVIDUALE IN UN GRUPPO

### I. Obiettivi

---

Pensiamo che sia importante insegnare gli assunti di base della P. I. per aiutare i soggetti ad acquisire una più chiara comprensione di ciò che accade nelle loro relazioni e per renderli capaci di applicare più facilmente nella loro vita quotidiana i concetti della Psicologia Individuale: il sentimento comunitario, le relazioni orizzontali e l'incoraggiamento. Abbiamo studiato a fondo questo metodo d'insegnamento nell'attività di gruppo. Il nostro esperimento ha dimostrato che i partecipanti potevano facilmente comprendere gli assunti di base della Psicologia Individuale e che tali assunti potevano essere applicati alla soluzione dei problemi.

Noi riteniamo che gli Adleriani giapponesi abbiano acquisito una buona comprensione degli aspetti epistemologici della P. I. come il concetto di "non dominio sugli altri" e di "relazione orizzontale", perché nel corso degli anni abbiamo sottolineato nei nostri corsi adleriani di base l'importanza degli aspetti epistemologici della P. I. Pensiamo, inoltre, che anche le tecniche della P. I., come l'utilizzo dell'incoraggiamento e dei questionari, siano state anche ben assimilate. Una delle principali ragioni di ciò è ascrivibile al fatto che molti adleriani in Giappone hanno frequentato il corso giapponese di educazione alla genitorialità da noi definito "PASSAGGE" (*Parent Study System on Adlerian Group Experiences*) (Noda, 2000), il quale si basa soprattutto sulla *Positive Discipline* (Nelsen, 1996).

In ogni caso, riteniamo che sia necessario insegnare il metodo per analizzare i problemi della vita quotidiana prima di iniziare ad utilizzare le tecniche di incoraggiamento. Gli Adleriani giapponesi usano attualmente molti tipi di schede, per esempio, i tarocchi per risolvere compiti spirituali e le schede "Positive Discipline Parenting Tools" ("Strumenti per una positiva disciplina per genitori") (Nelsen e Garsia, 2009) per apprendere le tecniche d'incoraggiamento. Comunque, vi sono poche schede per insegnare la teoria adleriana. In questa presentazione noi introdurremo un'attività di gruppo che utilizza schede, che si riferiscono ad "aforismi" di Adler e di Dreikurs, create per i seguenti scopi:

1. migliorare la comprensione della Psicologia Individuale;
2. aiutare gli individui a risolvere i problemi in modo cooperativo all'interno di un gruppo seguendo la teoria e la filosofia della P. I.

### II. Metodo

---

Abbiamo creato una serie di schede che utilizzano "frasi" di Alfred Adler. Per costruirle, cinque membri della sezione Chugoku dell'JSAP hanno selezionato citazioni estratte da Adler che sono collegate agli assunti di base, agli aspetti filosofici e alle tecniche della Psicologia Individuale, tratte dal libro "Alfred Adler: come lo ricordiamo" (Manaster, Painter, Deutsch & Overholt, 1977). Abbiamo selezionato le citazioni estrapolate dal libro dai nostri cinque membri.

*Alcune delle citazioni scelte:*

1. «Sì, – disse con calma – è sempre stato il mio scopo nella vita unire insieme le persone».
2. Adler rispose: «Non vi è alcun senso generale della vita; il senso della vita è quello che si dà alla propria vita».
3. «Prova a vedere con gli occhi di un bambino» – il Dott. Adler suggerì – «ascolta con le orecchie di un bambino e vibra con il cuore di un bambino».
4. «Non importa quanto una persona potrebbe essere egocentrica o quale potrebbe essere il motivo della sua esaltazione personale, se egli è sul lato utile della vita, non può fare a meno di apportare contributi».
5. Un giorno stavo raccontando al dottor Adler una discussione che avevo avuto con un collega e, quando ho concluso, ho aggiunto «... e ho ragione». Ricordo in maniera vivida che il dottor Adler disse: «Sydney, a volte la cosa peggiore che tu possa fare è di avere ragione!».
6. «Non lasciare che la tua vanità ti sia d'intralcio; fa' del tuo meglio e lascia che i trucioli cadano dove possono».

Poiché non c'erano molti aforismi che facevano riferimento ad aspetti teorici in "Alfred Adler: come lo ricordiamo", abbiamo deciso di scegliere altre citazioni teoriche dal libricino "Frase di Dreikurs" (1999).

*Esempi di citazioni scelte tra gli aforismi di Dreikurs:*

1. «Nessuno fa qualcosa che non vuole fare».
2. «Tutti i nostri problemi sono problemi sociali, perché un uomo è un essere sociale».
3. «Le emozioni sono i nostri strumenti con i quali siamo in grado di seguire le nostre convinzioni personali. Esse non sono i nostri padroni».
4. «Diventiamo liberi se smettiamo di essere preoccupati per i nostri fallimenti ed i nostri successi».
5. «Tutto il comportamento umano è positivo».
6. «Se abbiamo un vantaggio nell'essere malati, noi siamo malati».
7. «Noi usiamo le nostre menti e i nostri corpi, i nostri pensieri e le nostre emozioni, ogni parte del nostro essere, per gli scopi che ci siamo prefissati».
8. «Non ci sono cose assolute. Ogni cosa è come la vediamo».

**III. Schede di Adler-Dreikurs**

---

Abbiamo alla fine scelto 16 citazioni prese da Adler e 14 citazioni estrapolate da Dreikurs. Abbiamo aggiunto illustrazioni di Adler e di Dreikurs creando le schede.

*Quando utilizziamo queste schede il gruppo di attività procede come segue (prima versione):**Riscaldamento*

1. Una persona mescola le schede di riscaldamento e ne sceglie una.
2. Lui/lei legge la scheda.

3. Lui/lei espone il contenuto della scheda e un evento quotidiano legato alla scheda.
4. Se lui/lei non ricava alcuno spunto dalla scheda, prende un'altra scheda.
5. Quando la persona ha deciso un episodio che sembra utilizzabile, ne parla in modo più dettagliato.
6. Gli altri membri del gruppo pongono domande (a risposta aperta) per aiutare chi parla ad approfondire l'episodio in modo tale che il gruppo possa ottenere una migliore comprensione dei pensieri, dei sentimenti e delle azioni della persona.

#### *Tema principale*

1. Lui/lei, in seguito, condivide il problema più in dettaglio con il gruppo.
2. Lui/lei prende una scheda dall'insieme.
3. Lui/lei legge, subito dopo, la scheda ad alta voce al gruppo e conferma se l'aforisma scritto sulla scheda possa aiutare a risolvere il problema.
4. Se la scheda sembra utile per risolvere il problema, la persona condivide ciò con il gruppo.
5. Se la frase contenuta nella scheda non sembra utile a risolvere il problema, la persona sceglie un'altra scheda finché non trova quella utile a risolvere il problema.
6. Se il soggetto non è in grado di risolvere il problema utilizzando le schede, se ne discutono i motivi all'interno del gruppo.

### **III.1. Risultati**

---

*Luoghi dove l'attività del gruppo è stata svolta:*

1. 7° Congresso annuale JSAP, Chugoku-sezione.
2. Gruppo di studio a Kochi (principalmente laici).
3. 28° Congresso annuale of Japanese Society of Psychology Adlerian (JSAP).
4. Studio di un caso presso corporazione adleriana (Counselor adleriani).
5. Okayama University of Science (Studenti del corso di formazione degli insegnanti).
6. Gruppo di studio nella città di Osaka-Sayama, composto soprattutto da madri che hanno studiato Passage.
7. Università di Okayama (studenti del corso di psicologo clinico in formazione).

### **III. 2. Impressioni dei partecipanti**

---

«Comprensione approfondita degli assunti di base».

«È stato interessante che sia apparsa la scheda giusta per il mio problema».

«Ho parlato molto con il gruppo anche se parlare, per me, era piuttosto difficile. Come risultato c'è stata la comprensione approfondita delle ipotesi di base».

«Penso che sia meglio limitare il numero di schede che si possono prendere».

«Penso che posso concentrarmi di più quando ci sono solo tre o quattro schede».

«Questa attività è adatta anche per le persone che mettono in pratica una psicologia cognitivo-comportamentale».

«Ero stato contento di ottenere la reazione «Wow!» da altri membri del gruppo quando la scheda sembrava fatta a misura sul mio problema».

«Sentivo che stavo risolvendo il mio problema con il gruppo utilizzando la teoria della Psicologia Individuale».

«Credo che Adler e Dreikurs siano state persone davvero eccezionali».

«Ero emozionato perché avevo la sensazione che stavo imparando direttamente da Adler e da Dreikurs».

«Sembrava che alcune schede non dessero alcun suggerimento».

«È difficile per le persone che non hanno alcuna conoscenza delle ipotesi di base».

#### **IV. Punti su cui ci siamo soffermati durante queste sessioni**

1. La chiave del successo dipende da quanto l'argomento sia stato ben compreso dal gruppo prima che vengano utilizzate le schede.
2. Se esiste già un clima favorevole alla condivisione del tema, una scheda di riscaldamento non è necessaria. In questi casi, una scheda sugli assunti di base (le schede che abbiamo creato descrivono gli assunti di base della Psicologia Individuale) può essere utilizzata al suo posto.
3. È preferibile limitare a tre il numero di volte in cui una persona può scegliere una scheda.
4. In funzione del grado di comprensione delle conoscenze degli assunti principali, è necessario un sistema che ne aumenti la comprensione. Quindi abbiamo aggiunto alcune parole per spiegare le ipotesi di base alla fine di un episodio.

#### **V. Motivi per cui quest'attività di gruppo è stata efficace**

1. La motivazione che il problema fosse in via di risoluzione con una sola scheda divenne forte grazie al fatto di aver utilizzato le parole di Adler e di Dreikurs.
2. Il vantaggio di usare una scheda consiste nel fatto che le persone possono cambiare il loro punto di vista sulla soluzione del problema semplicemente seguendo Adler e Dreikurs.
3. L'utilizzo delle schede ha reso l'intervento più simile a un gioco e ciò sembrava aiutasse i partecipanti a comprendere maggiormente il contenuto della scheda stessa.
4. L'uso delle schede sembrava consentisse al gruppo la possibilità di trovare punti di vista più efficaci rispetto alla soluzione del problema, piuttosto che cambiare struttura cognitiva.
5. Attraverso l'integrazione degli aspetti legati alla tecnica e alla filosofia della Psicologia Individuale la comprensione dei nessi tra questi aspetti e la teoria sembrava migliorare nei partecipanti.
6. In questo contesto abbiamo cercato di spiegare le ipotesi di base utilizzando episodi di vita. Tuttavia, dobbiamo anche considerare come rendere comprensibile la teoria senza l'utilizzo di tale modalità.

## **VI. Utilizzo di queste schede durante l'attività di gruppo (ultima versione)**

### *Riscaldamento*

1. Una persona mescola le schede relative agli assunti di base e ne prende una.
2. Lui/lei legge la scheda.
3. Lui/lei parla del contenuto della scheda e di un evento quotidiano relativo.
4. Se lui/lei non riceve alcun suggerimento dalla scheda, poi lui/lei ne prende un'altra.
5. Dopo aver scelto l'evento quotidiano da utilizzare, la persona ne parla più dettagliatamente al gruppo
6. Gli altri membri del gruppo pongono domande (a risposte aperte) per aiutare chi parla ad ampliare la narrazione dell'evento quotidiano in modo che il gruppo possa ottenere una migliore comprensione dello stesso, dei pensieri e dei sentimenti provati dalla persona e delle azioni compiute.

### *Tema principale*

1. In seguito lui/lei condivide il problema più in dettaglio con il gruppo.
2. Lui/lei prende una scheda dall'insieme.
3. Poi lui/lei legge la scheda ad alta voce al gruppo e conferma se la frase scritta sulla scheda possa aiutare a risolvere il problema.
4. Se la scheda sembra utile per risolvere il problema, la persona condivide ciò con il gruppo.
5. Se la frase scritta sulla scheda non sembra utile a risolvere il problema, la persona sceglie un'altra scheda. Il membro può raccogliere un totale di tre schede.
6. Se il soggetto non è in grado di risolvere il problema utilizzando le schede, le motivazioni sono discusse all'interno del gruppo.

## **VII. Esempio del Caso della signorina A. (la signorina A. ci ha dato il permesso di usare il suo episodio)**

### *Evento narrato*

Quando mia madre tornò dal lavoro, mi disse: «Ciao tesoro. Oh! È così tardi. Devo fare in fretta». Mia madre si precipitò per iniziare a preparare da mangiare. Io ho pensato: «Questo è spaventoso lei sta per arrabbiarsi» e così ho cambiato i vestiti e sono andata in cucina in tutta fretta. Ho cercato di aiutarla a preparare il pasto, per evitare che si arrabbiasse. Ma non ha funzionato. Mia madre era già di cattivo umore. Non c'era altro da fare per me, così ho preso una torta dal frigorifero e ho cominciato a mangiare. Ella alzò la voce e disse: «Perché stai mangiando la torta quando la cena è quasi pronta?». Io ho risposto: «Anche se so che non dovrei ... l'ho appena fatto senza pensarci». Sapevo che ero spinta a mangiare sia dalla mia parte conscia che da quella inconscia e ho mangiato, anche se era ingiusto che io rispondessi con questi toni "senza pensare" a mia madre.

### *Prima scheda*

«Un giorno stavo raccontando al dottor Adler una discussione che io avevo avuto con una collega e, quando ho concluso, ho aggiunto, «... e ho ragione». Ricordo vividamente che il dottor Adler disse:

«Sydney, a volte la cosa peggiore che si possa fare è aver ragione!».

### *Impressione*

Ho pensato che la scheda abbia centrato il bersaglio, perché non pensavo di sbagliarmi a mangiare la torta. Non avevo torto perché stavo cercando di aiutare mia madre. Inoltre, ho pensato che la scheda avesse rimarcato l'idea che avevo ragione.

### *Seconda scheda*

«Basta seguire il proprio piacere e la propria soddisfazione, ma non dimenticare che stai facendo anche un grande servizio».

### *Impressione:*

Non ho tenuto la scheda perché non riuscivo a pensare che mangiare la torta fosse un contributo. Io ho cercato di aiutare mia madre perché volevo che lei non si arrabbiasse così non ho capito quello che la scheda aveva cercato di sottolineare. Ho deciso di prendere un'altra scheda.

### *Terza scheda*

«L'avversità può diventare un vantaggio».

### *Impressione*

Ho pensato che mi dicesse che quando sto vivendo un sentimento negativo c'è per me l'opportunità di mettere in pratica i principi della Psicologia Individuale.

### *Impressioni generali*

È stato interessante constatare la reazione dei membri del mio gruppo: quando ho scelto una scheda e non ero sicura se fosse pertinente o no, ho potuto constatare che tutti annuivano d'accordo nel pensare che la scheda giusta fosse quella, perché ognuno nel gruppo poneva domande che contribuivano a collegare l'evento con la scheda. La serie di domande e il mio pensiero rimasero sempre all'interno di un campo limitato. Ho sentito che questo aveva facilitato la soluzione del problema e la comprensione delle ipotesi di base, tutto in breve tempo.

## **Conclusione**

L'uso delle schede contenenti aforismi di Adler e di Dreikurs in un gruppo ha dimostrato che attraverso quest'attività i partecipanti possono facilmente comprendere gli assunti di base della Psicologia Individuale e come questi possano essere applicati alla soluzione dei problemi.

Hironori Nakajima  
Okayama University of Science  
Takuya Yamamoto  
Kurashiki Municipal Mabi Junior High School

## IN LIBRERIA

A CURA DI MONICA GIAREI

---

ALLEN, F. (2013). *Essentials of Psychiatric Diagnosis*. New York: Guilford, 2013. (Trad. it. *La diagnosi in psichiatria. Ripensare il DSM-5*. Milano: Raffaello Cortina, 2014).

---

Questa guida completa e al tempo stesso concisa aiuta il clinico a formulare la diagnosi psichiatrica in modo corretto, evitando trappole che possono indurre in errore. Il testo prende in considerazione i disturbi che più spesso si incontrano nella pratica clinica e per ciascuno di essi fornisce lo specifico codice ICD, una descrizione del prototipo, *caveat*, suggerimenti diagnostici e precise indicazioni per la diagnosi differenziale. Il libro si conclude con un indice analitico dei sintomi di più frequente osservazione e delle diagnosi a cui sono riconducibili. Allen Frances, clinico di grande esperienza, ha coordinato le *task force* del DSM-IV ed è noto per essere uno dei critici più severi del DSM-5. Questo libro rappresenta una lettura irrinunciabile per tutti i professionisti della salute mentale che vogliono partecipare al dibattito contemporaneo su luci e ombre della diagnosi psichiatrica.

---

ALVAREZ, A. (2012). *The Thinking Heart: Three Levels of Psychoanalytic Therapy with Disturbed Children*. New York: Routledge. (Trad. it. *Un cuore che pensa. Tre livelli di terapia psicoanalitica con i bambini*. Roma: Astrolabio, 2014).

---

Imperativo basilare per l'efficacia della terapia psicoanalitica con i bambini è riuscire a comunicare col paziente. In anni di pratica, Anne Alvarez ha basato il suo lavoro sulla costante ricerca di nuove strade per comunicare con i bambini, anche strade che differiscono da quelle 'classiche', ed è stata in grado di inquadrare quei nuovi modi per raggiungere i pazienti in uno schema più ampio di interventi e di priorità psicoanalitiche, uno schema che colloca gli interventi su una dimensione continua che varia direttamente col variare della capacità di introiezione del paziente, e che consente al terapeuta di modulare la sua azione clinica a seconda delle possibilità reali che ha il paziente di riceverla. L'autrice propone tre punti di riferimento cruciali per la riuscita della comunicazione, un livello esplicativo, uno descrittivo, e uno intensificato, o "vitalizzante", e ne approfondisce le specificità.

---

BIANCIARDI, M. & TELFENER, U. (2014). *Ricorsività in Psicoterapia. Riflessioni sulla pratica clinica*. Torino: Bollati Boringhieri.

---

La psicoterapia si occupa di relazioni. Il suo ambito elettivo non è l'esistenza oggettiva e persistente nel tempo della realtà psichica, bensì ciò che viene creato e ricreato durante quell'esperienza unica, imprevedibile e inoggettivabile che coinvolge diversi soggetti di parola. Nel processo di cura il terapeuta – a qualunque indirizzo teorico aderisca e qualsiasi tecnica utilizzi – deve esercitare l'arte di scegliere e riconnettere tra loro elementi pregnanti per il rapporto di aiuto. La posizione costruzionista di Marco Bianciardi e Umberta Telfener parte proprio dall'essenziale non-linearità tra problemi presentati e trattamento e implica la rinuncia a protocolli invariati e standardizzati e il ricorso a interventi creativi, insaturi e perturbanti. Perché la clinica diventi una buona pratica occorre innanzi tutto «prendersi cura del processo di cura», ossia sottoporla a una costante valutazione ricorsiva o di secondo ordine, che operi sulle proprie operazioni, tra rigore e flessibilità, accettando come un dono l'equilibrio felicemente instabile tra le proprie conoscenze, la propria ignoranza, le zone ciecche e la processualità in atto.

---

LE BRETON, D. (2010). *Expériences de la douleur*. Paris: Éditions Métailié. (Trad. it. *Esperienze del dolore. Fra distruzione e rinascita*. Milano: Raffaello Cortina, 2014).

---

David Le Breton affronta qui l'indicibile della sofferenza. Mostra come il dolore sia una sensazione certamente reale, ma anche un'emozione, una percezione, una maniera di decifrare se stessi, e non il semplice ricalco di un'alterazione somatica o una vicenda che interessa soltanto il sistema nervoso. L'individuo che soffre vive un'esperienza che lo spoglia dell'essenziale, dove la frontiera tra interno ed esterno si dissolve fino ad annullare la soglia che consente di sentirsi persona. Attingendo a una vasta gamma di testi letterari, filosofici, storici e antropologici, Le Breton ci aiuta a penetrare in ciò che, dentro di noi, vi è di più complesso e ambivalente e, insieme, a riflettere sui meandri più misteriosi e segreti della nostra storia di vita.

---

LINGIARDI, V. & GAZZILLO, F. (2014). *La personalità e i suoi disturbi. Valutazione clinica e diagnosi al servizio del trattamento*. Milano: Raffaello Cortina.

---

Nella cornice della psicologia dinamica, questo importante manuale affronta la valutazione e il trattamento dei disturbi della personalità in uno spirito di aggiornamento continuo (i riferimenti diagnostici sono al DSM-5), integrando i contributi della psicologia accademica, della psichiatria, delle neuroscienze, della teoria dell'attaccamento e dei modelli cognitivo-comportamentali. Dopo una rassegna dei principali modelli della personalità, la prima parte affronta l'impatto del trauma sullo sviluppo della mente, le relazioni tra psicopatologia, mentalizzazione e meccanismi di difesa, il rapporto tra sesso, genere, orientamento sessuale e personalità. La seconda parte, dedicata ai disturbi della perso-

nalità, passa in rassegna le caratteristiche descrittive, i modelli di comprensione e gli approcci terapeutici più efficaci. Nella terza parte vengono illustrati i principali modelli descrittivi ed esplicativi dei disturbi clinici più diffusi: le schizofrenie, i disturbi dell'umore, d'ansia, fobici e ossessivi, da uso di sostanze, psicosomatici e l'ipocondria.

---

MAFFEI, L. (2014). *Elogio della lentezza*. Bologna: Il Mulino.

---

Viviamo in un mondo veloce, dove il tempo sembra via via contrarsi: continuamente connessi, chiamati a rispondere in tempi brevi a e-mail, *tweet* e *sms*, iper-sollecitati dalle immagini, in una frenesia visiva e cognitiva dai tratti patologici. Dimentichiamo così che il cervello è una macchina lenta e, nel tentativo di imitare le macchine veloci, andiamo incontro a frustrazioni e affanni. Queste pagine esplorano i meccanismi cerebrali che guidano le reazioni rapide dell'organismo umano, di origine sia genetica sia culturale, con un invito a scoprire i vantaggi di una civiltà dedita alla riflessività e al pensiero lento.

---

SEMI, A. A. (2014). *Psicoanalisi della vita quotidiana. L'umanità è in pericolo?* Milano: Raffaello Cortina.

---

Quotidianità, straordinarietà, uguaglianza, soggettività: quattro termini che la psicoanalisi ha sovvertito facendo vedere i legami strettissimi che li uniscono. Chi contrappone la straordinarietà alla quotidianità o l'uguaglianza alla soggettività nega la complessità dell'animo umano, adattandosi al tentativo in corso di ridurre l'individuo a macchina biologica o sociale. Scritto da un grande psicoanalista, questo libro restituisce il senso dell'impresa psicoanalitica, un'impresa letteralmente rivoluzionaria, che ha dischiuso all'umanità prospettive realistiche di emancipazione e libertà. Contro il buonismo dell'analista comprensivo e accogliente o l'implicito catastrofismo di chi vede psicosi dappertutto. Con molti esempi clinici tratti dalla pratica quotidiana, Semi mostra l'inesauribile ricchezza dell'inconscio e la sua alterità irriducibile e selvaggia, presenti in ciascuno di noi. Negare questa dimensione dell'animo umano significa prestarsi a creare un nuovo tipo di schiavo.

---

STEIN, H. T. (2013). *Classical Adlerian Depth Psychotherapy, Volume I - Theory & Practice: A Socratic Approach to Democratic Living*. Northwestern Washington: Alfred Adler Institute.

---

Stein, utilizzando una visione completa della teoria adleriana, illustra un modello di trattamento a dodici stadi chiarendo obiettivi e tecniche (compresi il metodo Socratico, l'immaginazione ideativa guidata e il *role-playing*) che servono per facilitare i cambiamenti cognitivi, emotivi e comportamentali. Gli obiettivi finali della *Classical Adlerian Depth Psychotherapy (CADP)* sono l'incremento del sentimento di comunità e l'eliminazione degli aspetti che autolimitano lo stile di vita: le mete finali

finzionali inconse, le controfinzioni e il sentimento d'inferiorità. Tutto questo libera il potere creativo dell'individuo ampliando il suo orizzonte psicologico attraverso la visione adleriana dello sviluppo ottimale e la realizzazione del Sé descritta da Abraham Maslow. Questo testo rappresenta una risorsa per clinici, docenti e studenti che sono interessati ad apprendere tutta la grandezza e la portata di un approccio terapeutico olistico fondato su uno stile di trattamento adleriano caloroso, gentile e incoraggiante.

**APPUNTAMENTI**

A CURA DI MONICA GIAREI

**Milano, 25 novembre 2014**

**CONVEGNO DELL'UNIVERSITA' CATTOLICA**  
**“Integrazione di metodi e strumenti psicofisiologici**  
**per la ricerca, la clinica e la riabilitazione nel ciclo di vita”**

SEDE: il convegno si svolgerà presso l'Università Cattolica del Sacro Cuore, Largo Gemelli  
1 – Milano

*Per l'iscrizione inviare una mail al seguente indirizzo:*

convegno25novembre@psychoneuronet.com

*Per informazioni: 02 7234 5929 - 3477354143*

**Firenze, 27-29 novembre 2014**

**XXII CONGRESSO NAZIONALE**  
**DELLA SOCIETA' ITALIANA DI PSICOFISIOLOGIA**  
**“Dalle neuroscienze di base alla neuroriabilitazione”**

SEDE: il congresso si svolgerà presso l'IRCCS Centro di Riabilitazione Don Carlo Gnocchi,  
Via di Scandicci 269 – Firenze Per ulteriori informazioni:

*Per informazioni e iscrizioni contattare la segreteria organizzativa:*

*Barbara Costantini, Stefania Mannucci, Tel.(055) 7393726-7393725 Fax (055) 7393002*

*formazione.polotoscana@dongnocchi.it*

**Barcelona, 28-29 novembre 2014**

**2nd GLOBAL CONFERENCE ON PSYCHOLOGY RESEARCHES**

SEDE: il convegno si svolgerà presso l'Università di Barcellona – Spagna

*Per informazioni e iscrizioni:*

gcpr.register@gmail.com

www.globalcenter.info

**Roma, 2-5 dicembre 2014**

**XI CONVEGNO AISC / VIII CONVEGNO CODISCO**  
***“Corpi, Strumenti e cognizione / Bodies, tools and cognition”***

SEDE: il convegno si terrà presso le sedi del Dipartimento di Filosofia, Comunicazione e Spettacolo dell'Università di Roma Tre, in via Ostiense 234 – Roma

*Per ulteriori informazioni:*

icps@psychologicalscience.org

**Amsterdam, 12-14 marzo 2015**

**INTERNATIONAL CONVENTION OF PSYCHOLOGICAL SCIENCE 2015**  
**under the auspices of Association for Psychological Science**

SEDE: il convegno si svolgerà presso il Beurs Van Berlage, Damrak 243 – Amsterdam

*Per ulteriori informazioni:*

icps@psychologicalscience.org

Athens, 18-22 maggio 2015

**20th ANNUAL INTERNATIONAL CONFERENCE OF THE ASSOCIATION OF  
PSYCHOLOGY AND PSYCHIATRY FOR ADULTS AND CHILDREN (A.P.P.A.C.)  
“Recent Advances in Neuropsychiatric, Psychological and Social Sciences”**

SEDE: il convegno si svolgerà presso l’hotel Hilton di Atene, Grecia

*Per informazioni e iscrizioni:*

congress@appac.org - <http://www.appac.gr>



## SCUOLA ADLERIANA DI PSICOTERAPIA

dell'ISTITUTO ALFRED ADLER DI MILANO

*Scuola quadriennale di specializzazione post-universitaria in psicoterapia dinamica  
per Medici Chirurghi e Psicologi*

[WWW.SCULOADLERIANA.IT](http://WWW.SCULOADLERIANA.IT)



Sistema di Gestione per la Qualità certificato a fronte della norma UNI EN ISO 9001:2008 – certificato n.. 625

### I SABATI ADLERIANI

## *“Maltrattamento e abuso all’infanzia: fattori di rischio e fattori protettivi”*

**SABATO 8 NOVEMBRE 2014**  
**ORE 9,30 – 17,30**

### **DOTT. LUCA MILANI**

Psicologo, Psicoterapeuta, Ricercatore confermato in Psicologia dello Sviluppo, Dipartimento e Facoltà di Psicologia,  
Università Cattolica di Milano.  
Collaboratore del Centro Ricerche Dinamiche Evolutive ed Educative (CRIDEE) e dell'Unità di Ricerca sul Trauma  
dell'Università Cattolica.

### **DOTT.SSA SARAH MIRAGOLI**

Psicologa, Assegnista di Ricerca in Psicologia dello Sviluppo, Dipartimento e Facoltà di Psicologia,  
Università Cattolica di Milano.  
Collaboratrice del Centro Ricerche Dinamiche Evolutive ed Educative (CRIDEE) e dell'Unità di Ricerca sul Trauma  
dell'Università Cattolica.

### INTRODUZIONE

### **DOTT. GIUSEPPE FERRIGNO**

SEDE DIDATTICA: PIAZZA SAN MARCO, 2 - 20121 MILANO



# SCUOLA ADLERIANA DI PSICOTERAPIA dell'ISTITUTO ALFRED ADLER DI MILANO

*Scuola quadriennale di specializzazione post-universitaria in psicoterapia dinamica  
per Medici Chirurghi e Psicologi*

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

**RIVISTA ON LINE “DIALOGHI ADLERIANI”**



Sistema di Gestione per la Qualità certificato a fronte della norma UNI EN ISO 9001:2008 – certificato n.. 625

## **I SABATI ADLERIANI**

### ***“ Il Sé e l'altro da Sé: diverso, estraneo, straniero ”***

**SABATO 15 NOVEMBRE 2014**

**ORE 9,30 – 17,30**

**PROF. VITTORIO AGNOLETTO**

Medico, Università degli Studi - Milano

**DOTT.SSA ALESSANDRA BIANCHI**

Psicologa, Associazione NAGA

**DOTT.SSA ALESSANDRA BIANCONI**

Psichiatra, Psicoterapeuta, Analista Didatta SIPI  
Presidente Società Adleriana Italiana Gruppi e Analisi S.A.I.G.A. - Torino

**DOTT.SSA FEDERICA BONI**

Psicologa, Associazione NAGA

**DOTT. GIUSEPPE FERRIGNO**

Psicologo, Psicoterapeuta, Analista Didatta SIPI  
Responsabile Didattico Scuola Adleriana di Psicoterapia Milano

**DOTT. CLAUDIO GHIDONI**

Psicologo, Psicoterapeuta, Analista Didatta SIPI

**DOTT. ALBERTO MASCETTI**

Neuropsichiatra, Analista Didatta SIPI,  
Direttore Istituto A. Adler Milano

**DOTT. BIAGIO SANFILIPPO**

Psicologo, Psicoterapeuta, Analista Didatta SIPI

**SEDE DIDATTICA: PIAZZA SAN MARCO, 2 – 20121 MILANO**

## Norme per gli autori

1. La rivista “Dialoghi adleriani” è l’organo ufficiale dell’*Istituto Alfred Adler di Milano* e pubblica sia contributi originali di ricerca ad orientamento individualpsicologico sia articoli particolarmente significativi che servano per un confronto ed un dibattito con altri modelli teorici affini. Saranno presi in considerazione per la pubblicazione gli articoli che presentano i seguenti requisiti: casi clinici arricchiti da riferimenti teorici; approfondimenti epistemologici; ricerche rigorosamente scientifiche scritte con chiarezza e semplicità espositiva, pertinenza e originalità degli argomenti esposti, *accuratezza* e *completezza della bibliografia*; precisione nell’esposizione degli scopi della ricerca, della metodologia usata, degli strumenti utilizzati, dell’interpretazione e della riflessione conclusiva sui risultati ottenuti.
2. Saranno pubblicati solo articoli inediti e non sottoposti alla valutazione di altre riviste. Gli articoli, in questa fase, devono essere proposti in forma anonima.
3. Gli articoli devono essere inviati al Direttore della Rivista all’indirizzo mail [ferrigno.giuseppe@fastwebnet.it](mailto:ferrigno.giuseppe@fastwebnet.it) accompagnati da una lettera di liberatoria firmata dagli Autori in cui si autorizza la pubblicazione del materiale. Gli Autori, inoltre, devono garantire che l’articolo proposto sia originale e non sia stato sottoposto alla valutazione di altre riviste e devono concedere a “Dialoghi adleriani” il diritto di riproduzione totale o parziale in qualsiasi lingua, in qualsiasi modo e forma ed entro i limiti temporali massimi riconosciuti dalla normativa vigente (attualmente, 20 anni). In caso di articolo a più nomi, la liberatoria va sottoscritta da tutti gli altri autori. L’accettazione di un articolo implica l’impegno da parte degli Autori che esso o parti di esso non saranno pubblicati altrove senza il consenso scritto di “Dialoghi adleriani”.
4. Ogni articolo giunto sarà sottoposto dalla Direzione alla valutazione di due *referee* anonimi (*double-blind peer review*), di cui almeno uno deve appartenere al Comitato Scientifico Internazionale. Nel caso in cui il Direttore si trovi di fronte a due referaggi in contrasto, l’articolo dovrà essere valutato da un terzo *referee*. La Direzione fornisce una scheda predisposta ai valutatori e può decidere di non sottoporre ad alcun *referee* l’articolo che venisse giudicato non consono agli obiettivi della rivista e non rispondente alle norme redazionali e agli standard scientifici.
5. La Direzione si impegna a comunicare agli Autori i risultati del referaggio degli articoli inviati entro 4 mesi dalla data dell’invio. Nel caso di accoglimento, gli Autori non possono ritirare l’articolo od offrirlo ad altre riviste per la pubblicazione.
6. Ogni articolo dovrà rispondere ai seguenti requisiti: 1) titolo dell’articolo in italiano ed inglese; 2) nome, affiliazione, indirizzo, e-mail e recapito telefonico degli autori non devono comparire nella prima pagina dell’articolo, ma devono essere inviate a parte su un foglio allegato; 3) riassunto in italiano ed *abstract* in inglese; 4) testo dell’*abstract* e del riassunto non superiore a 12 righe e a 120 parole; 5) testo diviso in paragrafi e sottoparagrafi numerati; 5) figure e tabelle presentate in una versione grafica definitiva e perfetta; 7) 4 parole chiave in italiano e 4 *keywords* in inglese.
7. Il testo dovrà risultare in carattere *Times New Roman*, corpo 12, interlinea singola. Le note dovranno essere scritte in carattere *Times New Roman* corpo 9.
8. *Impostazione testo e citazioni*. Sono previsti 3 tipi di carattere: normale, *corsivo*, **grassetto**. Il *corsivo* è usato per le parole in lingua straniera di uso non consueto e anche per mettere in evidenza parole o frasi brevi a cui si desidera dare una particolare enfasi. Per citazioni non letterali si usano

le virgolette inglesi, mentre le citazioni testuali si scrivono tra «virgolette caporali». Se all'interno di una citazione si salta una parte, occorre indicare la parte omessa con tre puntini tra parentesi quadre [...]. Le citazioni tra virgolette caporali devono essere testuali seguite dai riferimenti delle pagine tra parentesi tonde (pp. 73-74) qualora non siano già state indicate precedentemente, in questo caso occorre inserire in corsivo [*Ivi*] per la stessa citazione e la stessa pagina; occorre, invece, inserire in corsivo (*Ibid.* p. 35) per la stessa citazione ed altra pagina.

9. *I riferimenti bibliografici* inseriti direttamente *nel testo* verranno riportati col cognome dell'autore seguito da uno spazio e dall'anno della prima pubblicazione in lingua originale tra parentesi tonde – “Adler (1912) disse che” – oppure col cognome dell'autore tra parentesi seguito da una virgola, spazio e anno (Adler, 1912).

#### 10. *Indicazioni per la stesura degli articoli*

10.1. a) La lunghezza massima dell'articolo dovrà essere di circa 50.000 battute (grafici, tabelle, note e bibliografia, spazi inclusi); b) le note dovranno essere indicate con numeri progressivi; c) i vari paragrafi e sottoparagrafi dovranno essere numerati; d) i riferimenti bibliografici devono collocarsi alla fine del testo e devono essere elencati senza numerazione in ordine alfabetico secondo il cognome dell'autore e, per ciascun autore, nell'ordine cronologico di pubblicazione delle opere (per opere dello stesso autore pubblicate nel medesimo anno, occorre utilizzare a, b, c; e). la bibliografia alla fine dell'articolo dovrà essere compilata seguendo le norme del “Manuale di Pubblicazione” dell'*American Psychological Association* (6a Edizione).

#### 10.2. *Articoli di rivista:*

MASCETTI, A. (2012). Aspetti e peculiarità del rapporto analitico nella Psicologia Individuale. *Rivista di Psicologia Individuale*, 71, 79-86.

#### 10.3. *Articoli di rivista in corso di stampa:*

FERRIGNO, G. (in press). La compensazione. *Dialoghi Adleriani*.

#### 10.4. *Libri:*

PARENTI, F. (1983). *La Psicologia Individuale dopo Adler*. Roma: Astrolabio.

#### 10.5. *Saggio, articolo o capitolo di un libro:*

MEZZENA, G. (1998). Le finzioni. In B. SANFILIPPO (Ed.). *Itinerari adleriani* (pp. 35-52). Milano: Franco Angeli.

ROSSI, G. & DE BERNARDI, B. (2001). Analisi testuale del concetto “fede”. In M. ALETTI & G. ROSSI (Eds.). *L'illusione religiosa: rive e derive* (pp. 197-201). Torino: Centro Scientifico Editore.

#### 10.6. *Versione italiana di un libro o articolo straniero:*

WINNICOTT, D. W. (1971). *Playing and reality*. London: Tavistok. (Trad. it. *Gioco e realtà*. Roma: Armando, 1974).

ELLENBERGER, H. F. (1970). *The Discovery of the unconscious: The history and evolution of dynamic psychiatry*. New York: Basic Books. (Trad. it. *La scoperta dell'inconscio*, 2 voll. Torino: Bollati Boringhieri, 1976).

ADLER, A. (1908). Der Aggressionstrieb im Leben und in der Neurose. *Fortschritte der Medizin*, 26, 577-584. (Trad. it. La pulsione aggressiva nella vita e nella nevrosi. *Rivista di Psicologia Individuale*, 46, 1999, 5-14).

ADLER, A. (1908b). Das Zärtlichkeitsbedürfnis des Kindes. In A. ADLER, C. FURTMÜLLER. (Eds). (1914). *Heilen und Bilden: Ärztlich-pädagogische Arbeiten des Vereins für Individualpsychologie*. München: Reinhardt. (Trad. it. a cura di G. Ferrigno e C. Canzano, Il bisogno di tenerezza del bambino. *Rivista di Psicologia Individuale*, 59, 2006, 7-15).

10.7. *Libri "a cura di":*

SANFILIPPO, B. (Ed.). (1998). *Itinerari adleriani*. Milano: Franco Angeli.

10.8. *Atti e relazioni a Convegni:*

GHIDONI, C. (1992). La costellazione familiare come interprete della vita organizzata. *Atti del 5° Congresso Nazionale SIPI «La costellazione familiare»*. Stresa (Novara), 8-9 maggio 1992.

FERRIGNO, G. (1992). *La costellazione familiare nel sogno*. Relazione presentata al 5° Congresso Nazionale SIPI «La costellazione familiare». Stresa (Novara), 8-9 maggio 1992.

10.9. *Contributi in una raccolta o antologia:*

ANTONIETTI, A., CASTELLI, I., FABIO, R. A. & MARCHETTI, A. (2005). Quando mancano le parole. Ricerca e intervento sulla teoria della mente nelle bambine e ragazze con sindrome di Rett. In O. LIVERTA SEMPIO, A. MARCHETTI & F. LECCISO (Eds.). *Teoria della mente* (pp. 261-287). Milano: Raffaello Cortina.

10.10. *Citazioni da un dizionario o da un'enciclopedia:*

SHEEHY, N., CHAPMAN, A. J. & CONROY, W. (Eds.). (1997). *Biographical dictionary of psychology*. London: Routledge.

*THE AMERICAN COLLEGE DICTIONARY*. (1962). New York: Random House.

MARHABA, S. (1982). Psicoanalisi. In *Enciclopedia Garzanti di filosofia* (2nd ed., pp. 740-742). Milano: Garzanti.

10.11. *Fonti individuate su internet:*

FERRIGNO, G. (2013). *ENCUENTRO CON UN TERAPEUTA: PROF. DR. GIUSEPPE FERRIGNO, ITALIA*

*Disponibile in:*

[http://psyciencia.com/2013/07/18/encuentro-con-un-terapeuta: Prof. Dr. Giuseppe Ferrigno \(Italia](http://psyciencia.com/2013/07/18/encuentro-con-un-terapeuta: Prof. Dr. Giuseppe Ferrigno (Italia)

10.12. *Numero di autori:*

Da 1 a 6 autori si scrivono i nomi di tutti e 6 gli autori.

Da 7 a più autori si scrive il primo autore seguito da ET AL. Tra il primo ed il secondo autore o, in caso di più autori, prima dell'ultimo, si usa la & commerciale.

11. La Redazione si riserva di apportare al testo tutte le modifiche formali ritenute necessarie ai fini dell'impaginazione.