



S.I.P.I.

Società Italiana di Psicologia Individuale

Member-Group of the International Association of Individual Psychology

XXX CONGRESSO
NAZIONALE SIPI

SPECCHI DEFORMANTI

La narrazione di Sé, degli altri, del mondo

24-26 ottobre 2025 | Parma | Starhotels Du Parc

Guida agli atti: clicca sul nome dell'autore nell'indice per accedere all'articolo.

Per autori con più contributi, clicca sui numeri di pagina. Su ogni pagina il bottone ^ Indice in alto a destra riporta all'indice.

INDICE AUTORI

A	Pag.		Pag.
Abate Francesca	504	Corallo Ersilia	494
Albasini Simona	442	Corbelli Claudia	224
Andreoli Federica	77	Cugno Eleonora	291
Arcolini Vittorio	90		
Arena Vittoria	446	D	
Assini Federica	510	Dal Maso Francesca	474
Aversa Chiara	431	Dalmonte Simone	234
Avogadro Pia	94	De Angelis Erika	526
		De Marco Federico	463
		De Pascalis Mattia	469
B		Dessena Ilaria	488, 494
Bacci Alice	504	Di Girolamo Irene	242
Barbieri Saveria	102	Di Liberto Parisi Valentina	446
Barillà Francesca	446	Di Perna Sabrina	251
Bastianini Anna Maria	110	Dolcimascio Maria	110
Belotti Gloria	121, 540	Donà Oliviero	77
Bernat Eleonora	431		
Berri Francesca	452	E	
Bissolotti Greta	510	Emmolo Davide	481
Bocci Francesco	435		
Bonafè Giulia	452	F	
Bosetto Daniela	442, 446, 452	Fagone Buscimese Silvia	258
Brigliadori Sara	463	Fassino Secondo	61, 265
Brocca Silvia	457	Favero Giorgia	504
Burdisso Luca	46, 128, 463	Fella Federica	110
Buttiglia Chiara	136	Ferrara Giuseppe	442
		Ferrero Andrea	6
C		Fogliata Letizia	510
Camedda Patrizia	128, 146	Fusaro Enrica Maria	15
Candela Filippo	154		
Cangemi Adriana	469	G	
Cappelli Elisabetta	474	Gagliano Raffaella	199
Casi Eleonora	478	Gambarati Enrico	280
Cassarotti Martina	481	Garelli Federica	488
Caudana Stefania	161, 173, 431, 481	Gastaldi Gianluca	288
Caviglia Maria Luisa	181	Gerbardo Alessandra	529
Cherasco Piero	188, 478, 485, 501, 524, 526, 529	Ghidoni Claudio	22, 35
Chirico Ilenia	442	Giampaoli Stefania	110
Cellamaro Francesco	485	Giarratana Davide Maria	446
Ciacchio Simona	128, 199	Goldoni Sara	280
Clavier Estelle	469	Goletta Beatrice	251
Cocconcetti Giorgia	212	Grandi Emanuela	161, 469, 488
Comito Vanessa	481	Grandi Gian Piero	173, 291, 297

INDICE AUTORI

L	Pag.		Pag.
Lana Katia	181	Rivella Fabiana	469
Lauria Mariangela	146	Rivoiro Laura	379
Lenzi Marco	446	Rondi Silvia	385, 510
Lerda Gian Sandro	46, 307	Rosellini Chiara	457
Lo Sapio Veronica	46, 307, 494	Rossi Filippo	400
Lo Sardo Laura	481	Rovera Gian Giacomo	61, 265
Louro Desirée	488	Rovera Giuseppe Maria	518
Lovisone Elena	501	Ruggiano Simone	452
		Ruzzarin Anna	212
M		S	
Magno Simone	504	Salamone Mattia	188, 478, 501, 524, 526, 529, 532
Malfatti Alberto	320	Sangiovanni Damiano	532
Marabisso Federica	110	Santinon Daniela	431
Marchini Sara	535	Scaglione Vincenza	446
Masci Antonella	251	Scalzo Matteo	242
Mazzoli Giansecondo	1	Scaratti Chiara	406
Mele Laura	102	Scillia Luigi	535
Menchini Elisa	297	Soregaroli Luca	416, 540
Minni Sofia	504	Stillitano Annalisa	442
Mirante Roberto	102	Strati Manuela	224
N		T	
Nicolè Manuel	328	Tanini Gaia	469
P		Todesco Rossana	431
Pizzamiglio Flavio	435	Tomasi Chiara	320
Ponziani Umberto	337	U	
Postorino Valeria	469	Ursi Rosa	258
Purini Valentina	347	V	
R		Viglianco Paola	426
Rimbaudi Andrea	57, 426	Z	
Randazzo Loredana	488	Zaccarelli Luisa	545
Rao Greta	488	Zannoni Silvia	136
Raviola Marco	110		
Ricetti Anita	356		
Rinaldini Cesare	363		

Specchi Deformanti

Il pensiero di Adler tra le inquietudini del tempo presente

GIANSECONDO MAZZOLI

Un caloroso benvenuto a tutti i partecipanti: ai giovani colleghi, agli studenti delle Scuole di psicoterapia, agli psicoterapeuti adleriani, agli analisti SIPI e ai colleghi senior, pre-didatti e didatti con i quali continuiamo il cammino scientifico e professionale intrapreso ormai molti anni fa. Siamo oggi riuniti in 260 partecipanti - soci SIPI e non soci evidentemente attratti dallo stimolante programma messo a punto dal Direttivo - un gruppo ricco e articolato, in cui convivono differenti anzianità professionali e livelli di esperienza, tutti accomunati dall'appartenenza alla Psicologia Individuale, matrice condivisa che orienta studi, prassi operativa e attività professionali negli ambiti accademici, nelle istituzioni pubbliche e negli studi privati.

I Congressi e il loro significato per le Società Scientifiche

Apriamo questo Congresso che segna il numero XXX della nostra storia. Si rinnova, in questi giorni, un momento di grande importanza che, nella sua triennale ciclicità, svolge una funzione essenziale per ogni Società Scientifica: valutare il punto di arrivo nell'evoluzione del pensiero teorico, misurare i progressi raggiunti, e al tempo stesso tracciare le traiettorie future per rimanere coerentemente collegati agli sviluppi delle conoscenze scientifiche e alle trasformazioni in atto nelle strutture sociali.

Il Congresso è lo spazio in cui la nostra comunità scientifica confronta i progressi raggiunti attraverso studi, ricerche ed esperienze nei diversi ambiti di attività degli psicologi, degli psicoterapeuti e degli analisti adleriani. È il luogo in cui ci chiediamo: a che punto siamo oggi? E, al tempo stesso: che cosa ci aspetta? Questo doppio interrogativo - bilancio e proiezione - costituisce il cuore pulsante di ogni Congresso.

Ma il Congresso ha anche un'altra dimensione, altrettanto preziosa: quella relazionale. È l'occasione di ritrovarsi, intrecciare relazioni, fare nuove conoscenze, scoprire in quali campi si stanno impegnando i colleghi di altre zone del paese, individuare ricerche in atto, costruire possibili collaborazioni.

È il luogo in cui il sentimento sociale - concetto a noi tanto caro - si esprime concretamente come interesse verso gli altri, come apertura oltre il recinto della propria esperienza, come rinforzo dei legami di amicizia. Un momento, in altre parole, in cui la teoria si fa vita vissuta.

“Specchi Deformanti”: leggere la complessità delle trasformazioni sociali

Il titolo scelto per questo Congresso - *Specchi Deformanti* - è una scelta provocatoria e insieme necessaria. Nasce da un lungo lavoro di riflessione del Direttivo alla ricerca di un'espressione capace di riassumere lo spirito del tempo e le dinamiche psichiche, relazionali e sociali di cui ci occupiamo. L'immagine dello specchio che deforma richiama immediatamente la necessità di una costante allerta nei processi di comprensione della realtà.

Le società contemporanee attraversano percorsi di trasformazione di straordinaria complessità. Il mondo della post-globalizzazione degli anni 2000 è oggi un sistema più frammentato e incerto, segnato da crisi ricorrenti che hanno minato la fiducia nei modelli di integrazione globale e favorito la crescita di correnti populiste e autoritarie. Gli ulteriori sviluppi dell'individualismo, inseriti in una cultura liberale dominante, generano priorità emotive che rinforzano una cultura performativa in cui il valore dell'essere umano rischia di ridursi alla sua funzione di consumatore.

Nessuno, quando il titolo fu scelto, immaginava che il coefficiente di deformazione si sarebbe allargato fino alle proporzioni che oggi siamo costretti a osservare: la spudoratezza delle fake news diventata sistema, le giravolte di capi di Stato, nuove pagine di storia segnate da violenze collettive. Come scriveva José Ortega y Gasset: “*Non sappiamo che cosa ci sta accadendo, ed è precisamente questo che ci sta accadendo.*” La nostra epoca richiede dunque un esercizio continuo di pensiero critico e di comprensione dei meccanismi di distorsione che operano a livello individuale, relazionale e collettivo.

In questo orizzonte, il pensiero adleriano - con il suo concetto di costruzioni finzionali, con la sua attenzione all'angolo soggettivo di distorsione della realtà - offre ancora oggi strumenti preziosi di lettura. Il titolo *Specchi Deformanti* non è dunque solo un'immagine evocativa: è un invito a esplorare la linea di demarcazione tra le deformazioni accettabili e quelle che diventano alterazioni, falsificazioni, deviazioni pericolose dalla realtà condivisa. Una dinamica che ha rilievo clinico diretto, poiché ogni relazione terapeutica è anche incontro tra specchi soggettivi che si riflettono e si influenzano reciprocamente.

La struttura del Congresso: momenti di ascolto e di partecipazione

Il programma di questo Congresso è stato articolato in modo da offrire momenti diversi, capaci di attivare sia l'ascolto che la partecipazione attiva. Relazioni plenarie, gruppi di discussione, comunicazioni e poster convivono in un disegno che valorizza sia la trasmissione di contributi elaborati, sia il confronto orizzontale tra colleghi.

I temi affrontati rispecchiano la complessità del tempo presente e si articolano attorno ad alcuni nuclei fondamentali:

La teoria adleriana e i suoi sviluppi contemporanei: un confronto tra i fondamenti della Psicologia Individuale e le nuove concettualizzazioni provenienti dalle neuroscienze, dall'intersoggettività e dagli approcci trans-teorici.

Il mondo virtuale e l'intelligenza artificiale: una riflessione sulle trasformazioni che l'IA e le piattaforme digitali producono nei processi di relazione, identità e cura - inclusi i sostituti virtuali nelle relazioni terapeutiche.

L'età evolutiva: con particolare attenzione ai rischi legati all'uso eccessivo dei dispositivi digitali, alle conseguenze sulla regolazione emotiva, sullo sviluppo della coscienza di sé e sulle capacità narrative dei giovani.

La conoscenza delle culture: le migrazioni e la crescente multiculturalità ci pongono di fronte a sfide inedite nella pratica clinica, che richiedono competenze transculturali e sguardi antropologici rinnovati.

Arte, letteratura e cultura: momenti che non sono ricreazione accessoria, ma nutrimento essenziale della sensibilità clinica. La lirica, la narrativa, la poesia e la visita ai luoghi artistici di Parma offrono al terapeuta fonti preziose per comprendere l'animo umano.

Sono decine i colleghi che hanno scelto di mettere in comune un loro contributo, attraverso relazioni nei gruppi e poster. Questo è già di per sé un segnale incoraggiante: testimonia una Società Scientifica viva, impegnata, capace di interrogarsi e di affrontare le complessità del tempo presente.

Un augurio per la crescita dei colleghi e della SIPI

Questo Congresso porta con sé tutta la ricchezza di un patrimonio collettivo costruito nel tempo: i quasi cento numeri della nostra *Rivista di Psicologia Individuale*, i Quaderni dei Congressi passati, le testimonianze video disponibili nell'area riservata del sito. Un capitale di conoscenze che non va conservato come un archivio inerte, ma interrogato, rinnovato, messo in dialogo con le sfide del presente.

L'augurio che rivolgo a ciascuno di voi è che questi giorni siano davvero un'esperienza formativa nel senso più profondo del termine: non solo acquisizione di nuove conoscenze, ma occasione di riflessione su se stessi, di confronto autentico con i colleghi, di maturazione del proprio stile professionale. Che i giovani colleghi trovino qui ispirazione e orientamento. Che i colleghi più esperti possano riconoscere, nel dialogo con le generazioni emergenti, nuove prospettive e nuove energie.

E che questo Congresso - nella sua interezza, nei momenti di ascolto come in quelli di partecipazione, nelle relazioni formali come nelle conversazioni informali - contribuisca al cammino di crescita della SIPI come comunità scientifica e come luogo di cultura viva. Una comunità che, fedele all'insegnamento di Adler, sa tenere insieme la profondità del pensiero individuale e la responsabilità verso il collettivo.

Buon Congresso a tutti.

RELAZIONI



S.I.P.I.

Società Italiana di Psicologia Individuale

Member-Group of the International Association of Individual Psychology

**XXX CONGRESSO
NAZIONALE SIPI**

SPECCHI DEFORMANTI

La narrazione di Sé, degli altri, del mondo

24-26 ottobre 2025 | Parma | Starhotels Du Parc

Disturbi della Costruzione o della Regolazione del Sé: una distinzione utile per la psicoterapia?

ANDREA FERRERO

Summary – SELF-CONSTRUCTION DISORDERS OR SELF-REGULATION DISORDERS: IS THIS DISTINCTION USEFUL FOR PSYCHOTHERAPY? The categorical diagnosis of mental disorders is not sufficient to provide effective guidelines for psychotherapy management. Consequently, the role of psychic dynamics that underlie the symptoms has to be considered in order to provide tailor-made treatments for the patients. Therefore, the Vulnerability Events Personality-Psychopathological Model is briefly described as a guide for clinicians to recognize the pathology. According to this model and using the example of two clinical cases, the importance of distinguishing between Self-Construction Disorders and Self-Regulation Disorders correlating with different defense mechanisms is stressed. It is finally briefly described how psychotherapies can be oriented on the basis of the etiopathogenetic understanding of patients' pathology.

Keywords: PSYCHOPATHOLOGICAL MODEL, SELF-CONSTRUCTION DISORDERS, SELF-REGULATION DISORDERS, PSYCHOTHERAPY TECHNIQUE

Abstract – DISTURBI DELLA COSTRUZIONE O DELLA REGOLAZIONE DEL SÉ: UNA DISTINZIONE UTILE PER LA PSICOTERAPIA? La diagnosi categoriale dei disturbi mentali non è sufficiente per indirizzare la conduzione della psicoterapia. Di conseguenza, per mettere a disposizione trattamenti su misura per ogni paziente, si considera il ruolo delle dinamiche psichiche che sottendono la formazione dei sintomi. A questo proposito, viene brevemente descritto il Vulnerability Events Personality - Psychopathological Model come guida clinica per riconoscere la patologia. Facendo riferimento a questo modello e utilizzando due casi a titolo esemplificativo, si evidenzia l'importanza di distinguere tra Disturbi della Costruzione o della Regolazione del Sé e dei differenti meccanismi di difesa che si associano agli uni e agli altri. Viene infine brevemente descritto in che modo le psicoterapie possano orientarsi in base alla comprensione eziopatogenetica della patologia dei pazienti.

Parole chiave: MODELLO PSICOPATOLOGICO, DISTURBI DELLA COSTRUZIONE DEL SÉ, DISTURBI DELLA REGOLAZIONE DEL SÉ, TECNICA PSICOTERAPEUTICA

Introduzione

Nella sua relazione introduttiva al Congresso della Società Psicoanalitica di Vienna nel 1910, Alfred Adler tratteggiò le linee essenziali di quello che definì “Il Metodo Analitico” (*oggi diremmo anche psicoterapeutico*) [3].

In quell’occasione, in particolare, sostenne che l’identificazione del materiale (*di cui occuparsi durante le sedute*) avviene attraverso l’arte dell’analista (*dello psicoterapeuta*) di:

- (1) relativizzare il corso delle proprie emozioni e convinzioni;
- (2) farsi guidare dalla vita psicoaffettiva del paziente.

Quindi, per sapere a cosa dare rilievo di quello che dice il paziente, i terapeuti devono sospendere provvisoriamente l’importanza che conferiscono ai propri giudizi e ai propri valori culturali [22] per cogliere quali sono le modalità di pensiero dei loro interlocutori.

Devono inoltre essere il più possibile a contatto con le proprie emozioni, per distinguerle da quelle dei pazienti. In particolare, è importante tollerare la sofferenza che si accompagna a determinati vissuti, ad esempio quelli di impotenza, incoerenza, intrusione, allarme o abbandono. Da questo punto di vista, l’atteggiamento più negativo che può assumere il terapeuta sembra essere quello di tipo “dismissing”, ovvero di chi si arrende e si allontana [11], ma naturalmente è anche molto insidiosa la tendenza a idealizzare le proprie proposte o le risposte del paziente.

In termini attuali, si può parafrasare Adler dicendo che la vita psicoaffettiva del paziente si comprende all’interno della relazione terapeutica in base a quanto il paziente comunica (in modo esplicito e implicito) attraverso le parole, il modo di parlare, le pause, il linguaggio non verbale e le emozioni. Per potere ascoltare attentamente il paziente, tuttavia, sono necessarie alcune condizioni preliminari:

- (1) una predisposizione di fondo del terapeuta caratterizzata dalla “Self-Compassion” [9, 19] e dall’“Epitemic Trust” [13] ovvero da un atteggiamento di fondo di empatia, di speranza e di rispetto per i significati soggettivi del vissuto dei pazienti;
- (2) umiltà di fronte alla incertezza e all’ambiguità;
- (3) apertura al coinvolgimento relazionale [24].

Sulla base di questi presupposti, per poter cogliere la sofferenza del paziente il ruolo dell’esperienza clinica è fondamentale. Una vastissima ricerca abbastanza recente [18], svolta su 6960 pazienti di 696 terapeuti, ha mostrato come la conoscenza della patologia sia fondamentale e come i trattamenti siano efficaci quando sono capaci di identificare specifici disturbi o domini psicopatologici.

I. Il “metodo psicoterapeutico”: due casi clinici in parallelo (parte I)

Gloria e Martino, quando si rivolgono a due psicoterapeute con la richiesta di fare un trattamento psicoterapeutico, denunciano entrambi come sintomi soggettivi principali un persistente stato ansioso e la presenza, talora, di intensi sentimenti di vergogna. In entrambi si possono anche riscontrare atteggiamenti ipercritici e rivolti alla ricerca della massima efficienza. Anche la motivazione contingente per iniziare la psicoterapia è analoga: un importante conflitto affettivo all'interno della vita di coppia che sta portando alla separazione dai rispettivi partner.

Gloria e Martino vivono a casa dei loro genitori. Il padre di Gloria è un uomo di successo, con comportamenti tendenzialmente intrusivi, mentre la madre è affettivamente presente in modo instabile. Il padre di Martino è un “self-made man” con un elevato carico di aspettative sociali, la madre è descritta come affettuosa ma fragile e ammalata.

Entrambi sono laureati: Gloria sta svolgendo un master, mentre Martino lavora.

In base a un primo assessment sulla base di questi dati iniziali, è possibile fare per entrambi diagnosi di Disturbo d'Ansia Generalizzato secondo il PDM - asse S [20].

Con quali criteri si potrebbe allora condurre il trattamento? Se orientato in senso psicoanalitico, bisognerebbe selezionare gli strumenti tecnici secondo un gradiente preferenziale che prevede lo svolgimento di una psicoterapia elaborativa e interpretativa per tutto quanto sia possibile e supportiva solo quando sia necessario [26]; se orientato in senso cognitivo-comportamentale o interpersonale, la terapeuta potrebbe seguire le indicazioni all'utilizzo delle tecniche specifiche previste per questo tipo di diagnosi categoriale [15].

II. Il “metodo psicoterapeutico”: due casi clinici in parallelo (parte II)

Approfondendo però l'assessment, si comprende in realtà che la sintomatologia di Gloria si configura come una vera e propria angoscia confusiva, mentre per Martino si tratta di una marcata ansia anticipatoria; corrispondentemente, per Gloria la vergogna si associa alla minaccia di “perdere la faccia”, ovvero della dissoluzione della sua stessa identità, mentre per Martino la vergogna si riferisce al timore di perdere il controllo delle emozioni.

Inoltre, mentre Gloria mostra una tendenza a essere acritica in modo radicale, gli atteggiamenti ipercritici di Martino si accompagnano a molti dubbi. Infine, mentre per Gloria la perdita della relazione amorosa appare insopportabile, per Martino la separazione dalla partner è causa di grande dolore, molto penoso da sopportare.

Pertanto, sulla base di questi ulteriori elementi e secondo i criteri del PDM – asse P [20], è possibile diagnosticare, in comorbidità col Disturbo d'Ansia, un Disturbo Narcisistico di Personalità a Gloria e un Disturbo di Personalità Ossessivo-Compulsivo a Martino.

Quali criteri potrebbero, a questo punto, orientare la psicoterapia? Si potrebbero, ad esempio focalizzare tematiche particolari: quella dell'egocentrismo/autostima per Gloria e quella del controllo/discontrollo per Martino.

III. Il “metodo psicoterapeutico”: oltre le diagnosi categoriali

In realtà, la descrizione anche dettagliata dei sintomi non è sufficiente per fornire al clinico indicazioni e linee guida per i trattamenti [4].

Già secondo Adler [1], per comprendere veramente i pazienti è necessario identificare un «filo rosso» che collega l'espressività sintomatica alle esperienze passate e alla direzione progettuale dell'individuo. Questa impostazione è confermata, dopo oltre un secolo, da un importante e complesso studio che coinvolge moltissimi ricercatori di tutto il mondo secondo cui è necessario cogliere i collegamenti simbolici tra i significati emozionali («affettomi») delle esperienze passate e il presente in prospettiva teleologica [23].

Sempre Adler [2] scriveva a questo proposito di aver evidenziato che le anomalie costituzionali non devono essere semplicemente considerate l'origine del processo patologico, ma anche la causa di attività compensatrici ed iper-compensatrici e di fenomeni di correlazione significativi ai quali l'attività psichica contribuisce per una quota essenziale. In termini attuali [20] è comprovato che la comprensione di molti disturbi psichici può essere incrementata dall'identificazione delle dinamiche disfunzionali che sono sottese al quadro clinico e dei fattori che ne determinano lo sviluppo.

A questo proposito le Adlerian Psychodynamic Psychotherapies (APPs) © utilizzano come riferimento un modello psicopatologico specifico, il Vulnerability Events Personality – Psychopathological Model – VEP-PM [12], che è una riedizione in chiave attuale di quello utilizzato da Alfred Adler, che considerava come alla base dei sintomi si riscontrassero un marcato sentimento di inferiorità e meccanismi inadeguati di compensazione.

Il VEP-PM considera due aspetti psicopatologici complementari e interconnessi.

(1) La genesi della sofferenza, che deriva dalla combinazione della Vulnerabilità Genetica e della Vulnerabilità Psicosociale (ovvero, attaccamento insicuro/disorganizzato) con gli Eventi di Vita (traumi compresi) che quella vulnerabilità svelano per via di connessioni simboliche.

(2) L'Organizzazione Patologica della Personalità (OP), che rappresenta il tentativo disfunzionale di compensare la sofferenza che si è generata e che rappresenta la causa finale del processo che porta alla formazione del sintomo: i meccanismi di difesa che la costituiscono sono quindi intesi dalle APPs come finalizzati al tentativo di attenuare il disagio e non rispetto alle pulsioni istintuali che costituiscono solo un aspetto parziale dello psichismo.

IV. Il “metodo psicoterapeutico”: due casi clinici in parallelo (parte III)

Utilizzando il VEP-PM in chiave psicopatologica, si può comprendere allora come il disturbo di Gloria riconosca come fattore precoce di Vulnerabilità una risposta carente da parte dei genitori dei suoi bisogni di tenerezza primaria [5], con la conseguenza che l'immagine che si è costruita di Sé e degli Altri risulta confusa, non stabilmente integrata e non persistente nel tempo, come emerge dai colloqui clinici.

Si può dunque ipotizzare che il quadro clinico rientri nel novero delle patologie che riconoscono come fattore eziopatogenetico iniziale una incompleta Costruzione del Sé [25], ovvero (in termini neuroscientifici) specifici aspetti disfunzionali dei sistemi esecutivi che riguardano il Default Mode Network, rete di circuiti neuronali che si attiva spontaneamente in assenza di stimoli esterni e che, in modo al contempo implicito ed esplicito, processa la definizione dell'identità e presiede all'intelligenza sociale [7].

Analogamente, si comprende come il disturbo di Martino derivi da un vissuto relazionale abbandonico che costituisce la sua Vulnerabilità specifica. Infatti l'integrazione dell'immagine di Sé e degli Altri è stabile e realistica, come testimoniato dalla capacità del paziente di concepirne gli aspetti ambivalenti, ma nel contempo nei suoi vissuti emerge il conflitto di chi per piacere deve adeguarsi alle pretese altrui o pretende che gli altri lo debbano amare e stimare.

In questo senso il quadro clinico rientra, invece, tra le patologie che riconoscono come fattore eziopatogenetico iniziale una disfunzionale Regolazione del Sé [25], ovvero (in termini neuroscientifici) specifici aspetti disfunzionali dei sistemi esecutivi che riguardano il funzionamento dell'amigdala rispetto ad aree della corteccia parietale e frontale che processano, in modalità implicita la prima ed esplicita la seconda, funzioni settoriali quali, ad esempio, la memoria di lavoro o le emozioni complesse [7].

Di conseguenza, come appariva già in base al vissuto dei due pazienti, anche l'angoscia legata alla fine della relazione di coppia assume un significato simbolico più grave e generale per Gloria, evocando una vera e propria minaccia per l'identità personale e non solo rispetto alla propria amabilità, come nel caso di Martino.

Da ultimo, i due differenti Disturbi di Personalità associati alla sintomatologia ansiosa riconoscono la loro giustificazione terminale a motivo dei diversi meccanismi di difesa utilizzati dai pazienti per fronteggiare le rispettive fragilità, ovvero a causa della loro differente Organizzazione patologica di Personalità.

Sotto questo punto di vista, Gloria mostra un'Organizzazione di Personalità Borderline, come si evince dal fatto che un certo numero di suoi pensieri e stati emotivi contraddittori non sono tollerati e vengono scissi. Quando Gloria si difende dalla confusione con la scissione, ogni aspetto parziale di una situazione contraddittoria la rappresenta temporaneamente per intero e viene tendenzialmente idealizzato. Di conseguenza, le sue motivazioni appaiono fortemente incoerenti e, sul momento, possono anche collocarsi sul versante opposto rispetto a quelle manifestate in altri momenti allo stesso proposito [16].

Martino mostra invece un'Organizzazione di Personalità Nevrotica, secondo cui gli aspetti ambivalenti del vissuto attuale evocano simbolicamente le contraddizioni di antiche esperienze che sono state mal tollerate e non sono state risolte [10], al punto di non volerle più assolutamente rivivere e quindi di rimuoverle, di proiettarle inconsciamente fuori di sé e di l'intellettualizzarne il contenuto emotivo disturbante.

V. Per una psicoterapia basata sulla psicopatologia: due casi clinici in parallelo (IV)

In riferimento alla genesi delle patologie mentali, Adler scriveva che è possibile parlare di una vera e propria rete di difese [2], la cui rilevanza è stata esplicitata e ribadita fino ai nostri giorni, anche come fattore decisivo ai fini della conduzione della psicoterapia, dal momento che l'Alleanza Terapeutica correla con le difese [6] e che l'utilizzo da parte del terapeuta degli stessi strumenti tecnici produce effetti differenti a seconda dell'Organizzazione difensiva di Personalità dei pazienti [17]

Di conseguenza, i terapeuti che seguono le linee di indirizzo delle Adlerian Psychodynamic Psychotherapies (APPs) © sono chiamati a differenziare l'utilizzo delle strategie più opportune per i pazienti tenendo massimamente conto di due fattori eziopatogenetici fondamentali e correlati tra loro: (1) il livello disfunzionale della costruzione o regolazione del Sé, come fattore di vulnerabilità attivato da eventi di vita significativi; (2) l'insieme dei meccanismi attivati per difendersi dalla sofferenza che in quel modo si è generata [10].

Sinteticamente, e come si può osservare anche in questi due casi clinici, si considera che l'Organizzazione di Personalità Borderline è deputata a compensare in modo patologico una carente Costruzione del Sé mentre l'Organizzazione di Personalità Nevrotica rappresenta il tentativo patologico di far fronte a una disfunzionale Regolazione del Sé [12].

Regolandosi in base a questi principi, la terapeuta di Gloria promuove per prima cosa un canale significativo di comunicazione affinché entrambi i protagonisti della relazione si possano sentire soggetti autonomi e significativi l'uno per l'altro [11, 13]; utilizza, a questo scopo, interventi che si possono definire, secondo la sistemazione del Menniger Psychotherapy Research Project [14], di Validazione empatica e di Chiarificazione e si astiene cautelativamente dall'effettuare Interpretazioni e soprattutto Confrontazioni.

In altri termini, in prima istanza la terapeuta non corregge e non approva l'atteggiamento grandioso e acritico della paziente, ma si limita a constatare il senso di sicurezza che la paziente gli attribuisce e la rabbia che vi si associa, invitando Gloria a spiegare ciò che prova. Solo in un secondo tempo, a fiducia costituita, promuove l'elaborazione delle difficoltà che la paziente incontra.

Per contro, fin dall'inizio Martino viene incoraggiato a elaborare il significato simbolico delle problematiche attuali collegate ai sintomi. Dapprima la terapeuta promuove l'elaborazione cognitiva del conflitto abbandonico e della sua rabbia, utilizzando una serie di Confrontazioni che rispettano, in modalità conservativa, le difese di tipo intellettualizzante. Successivamente il lavoro promuove un insight mutativo sui timori di inadeguatezza attraverso un'Interpretazione di transfert rispetto a una seduta mancata.

In sintesi: attraverso la condivisione di connessioni affettive (simbolizzate) [8], secondariamente elaborate in termini razionali (segnici), si può avere accesso in modo introspettivo ("mindful") e compassionevole ("senza scandalizzarsi") a condizioni specifiche dell'inferiorità (disturbi della Costruzione vs. Regolazione del Sé) e ai conseguenti specifici meccanismi di compensazione (Organizzazione Borderline vs. Nevrotica della Personalità).

La psicoterapia allora può permettere al paziente di aprirsi a nuove e specifiche organizzazioni di senso del vissuto [21] che permettano di risolvere o, per lo meno, di alleviare la sintomatologia psichica.

Bibliografia

1. ADLER, A. (1912), *Über den nervösen Charakter*, tr. it. *Il temperamento nervoso*, Newton Compton, Roma 1971.
2. ADLER, A. (1920), *Praxis und Theorie der Individualpsychologie*, tr. it. *Prassi e teoria della Psicologia Individuale*, Newton Compton, Roma 1970.
3. ANSBACHER, H. L. (1987), A. Adlers Unterscheidung zwischen psychoanalytischer Methode freudscher Theorie, *Zeitschrift für Individualpsychologie*, 12: 233-243.
4. BARRON, M. (1998), *Making Diagnosis Meaningful. Enhancing Evaluation and Treatment of Psychological Disorders*, tr. it. *Dare un senso alla diagnosi*, Raffaello Cortina, Milano 2005.
5. BOLTERAUER, L. (1982), Die narzisstisch gestörte Persönlichkeit im psychoanalytischen Aspekt von H. Kohut und im individualpsychologischen Aspekt von F. Künkel, *Zeitschrift für Individualpsychologie*, 7: 76- 84.
6. BOND, M. (2004), Empirical Studies of Defense Style: Relationships with Psychopathology and Change, *Harvard Review of Psychiatry*, 12 (5): 263-278.
7. COZOLINO, L., SAMUELSON, C., DRULIS, C. (2021), The Interpersonal Neurobiology of Executive Functioning, in SIEGEL, D. J., SCHORE, A., COZOLINO, L. (eds.): *Interpersonal Neurobiology and Clinical Practice*, W.W. Norton & Company, New York.
8. FASSINO, S. (2017), Neuroscienze e dinamiche profonde del cambiamento nella relazione psicoterapeutica, *Riv. Psicol. Indiv.*, 82: 29-54.
9. FASSINO, S., ROVERA G. G. (2023), Per una psicodinamica della self-compassion: oltre l'empatia, tramite il sé creativo, *Riv. Psicol. Indiv.*, 93: 31-57.
10. FERRERO, A. (2018), *Adlerian Psychodynamic Psychotherapy (APP). A psychopathology-based treatment*, Adlerian Society UK Institute for Individual Psychology, London.
11. FERRERO, A., GAGLIARDINI, G., SIMONELLI, B.F., FASSINA, S., LERDA, L., GULLO, S., COLLI, A. (2024), Changes in Mentalization in Patients with Personality Disorders during Sequential Brief-Adlerian Psychodynamic Psychotherapy: The Role of Therapists' Technique and Countertransference, *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 15 (4): 226-240.
12. FERRERO, A., SIMONELLI, B., FASSINA, S., CAIRO, E., ABBATE DAGA, G., FASSINO, S. (2016), Psychopathological Functioning Levels (PFLs) and their Possible Relevance in Psychiatric Treatments: A Qualitative Research Project, *BMC Psychiatry*, 16: 253.
13. FONAGY, P., ALLISON, E. (2014), The Role of Mentalizing and Epistemic Trust in the Therapeutic Relationship, *Psychotherapy*, 51 (3): 372-380.
14. GABBARD, G. O., (2000), *Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice*, American Psychiatric Press.
15. GELDER, M. G. (1986), Psychological Treatment for Anxiety Disorders: A Review, *Journal of the Royal Society of Medicine*, 79 (4): 230-233.

16. KERNBERG, O. F. (1975), *Borderline conditions and pathological narcissism*, tr. it. *Sindromi marginali e narcisismo patologico*, Bollati Boringhieri, Torino 1978.
17. KOELEN, J. A., LUYTEN, P., EURELINGS-BONTEKOE, L. H., DIGUER, L., VERMOTE, R., LOWICK, B., BÜHRING, M. E. (2012), The Impact of Level of Personality Organization on Treatment Response: A Systematic Review, *Psychiatry*, 75(4): 355-374.
18. KRAUS, D. R., CASTONGUAY, L., BOSWELL, J. F., NORDBERG, S. S., HAYES, J. A. (2011), Therapist Effectiveness: Implications for Accountability and Patient Care. *Psychotherapy Research*, 21(3); 267-276.
19. PRECKEL, K., KANSKE, P., SINGER, T. (2018), On the Interaction of Social Affect and Cognition: Empathy, Compassion and Theory of Mind, *Current Opinion in Behavioral Sciences*, 19: 1-6.
20. LINGIARDI, V., MC WILLIAMS, N. (a cura di, 2018), *Manuale diagnostico psicodinamico PDM-2*, Raffaello Cortina, Milano.
21. ROVERA, G. G. (2016), Transmotivazione: proposta per una strategia dell'incoaggiamento, *Riv. Psicol. Indiv.*, 80: 9-29.
22. ROVERA, G. G., LERDA, S., BARTOCCI, G. (2014), Psicoterapia dinamica culturale, *Riv. di Psichiatria e Psicoterapia Culturale*, 2, n. Supplementare: 1-12.
23. SCHILLER, D., ALESSANDRA, N. C., ALIA-KLEIN, et al. (2024), The Human Affectome, *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 158: 105450.
24. SCHORE, A. N. (2025), La neurobiologia interpersonale delle regressioni reciproche terapeutiche nel re-enactment di traumi da attaccamento precoci, in SIEGEL, D. J., SCHORE, A.N., COZOLINO, L. (a cura di), *Neurobiologia interpersonale e pratica clinica*, Raffaello Cortina, Milano.
25. TENBRINK, D. (1998), Betrachtungen zum Spannungsfeld zwischen individualpsychologischer Identität und psychoanalytischen Selbstverständnis in der Individualpsychologie, *Zeitschrift für Individualpsychologie*, 23, 95-115.
26. WALLERSTEIN, R. (1986), Psychoanalysis as a Science: A Response to the New Challenges, *The Psychoanalytic Quarterly*, 55 (3): 414-451.

Caro amico ti scrivo... **L'intimità condivisa nelle coppie virtuali**

ENRICA MARIA FUSARO

Summary – DEAR FRIEND I AM WRITING TO YOU... Are virtual relationships real relationships? Feelings and personal stories are narrated without physical encounters, creating bonds, expressing sincere emotional intimacy, or are they escapes and compensations. Does the therapist examine these relationships in his or her relationship with the patient? Does he or she consider them disharmonious events or positive forms of mutual encouragement?

Keywords: COUPLE RELATIONSHIPS, VIRTUAL RELATIONSHIPS, BETRAYAL

Abstract – CARO AMICO TI SCRIVO... Le relazioni virtuali sono relazioni vere? I sentimenti, le storie personali narrate senza incontrarsi fisicamente, creano legami, esprimono una intimità affettiva sincera o sono fughe, compensazioni. Il terapeuta nel rapporto con il paziente esamina queste relazioni? Li considera eventi disarmonici o forme positive di incoraggiamento reciproco?

Parole chiave: RELAZIONI DI COPPIA, RELAZIONI VIRTUALI, TRADIMENTO

Introduzione

Scriveva Lucio Dalla nel dicembre 1978: *Caro amico ti scrivo / così mi distraigo un po' / e siccome sei molto lontano / più forte ti scriverò: oggi potremmo dire, **più spesso** ti scriverò.*

Da alcuni anni in psicoterapia i clienti portano situazioni di vita familiare più o meno soddisfacenti, destinate a continuare nel progetto condiviso, mentre al contempo, sviluppano una relazione parallela, a distanza, alimentata da un contatto costante con una persona del passato o conosciuta più di recente. Non sembra la semplice e antica circostanza degli amanti (del tradimento che consola senza intaccare l'equilibrio delle famiglie costituite).

Nasce quando le persone si ritrovano “affini”: non si promettono un futuro, scrivono, raccontano, si salutano al mattino ed alla sera, condividono gli accadimenti, sosten-

gono il ruolo genitoriale, si confrontano, si comprendono e litigano, in poche parole, **si narrano**. Nelle sedute i clienti portano emozioni intense, dolori e gioie per queste relazioni che diventano sempre più intime senza aspettative reali o sessuali, spesso anche senza incontri, con un pensiero costante che nutre un legame profondo.

Vivono un presente continuativo, uno sfondo che rimane fedele a se stesso, finendo per “fare storia”, loro malgrado, nel corso degli anni: di qui a volte, il dolore dell’essere insieme “virtuale” e del non poter esserci reale. Che relazioni sono? Normali o patologiche? Nel confronto tra colleghi emergono domande diverse che richiedono definizioni nuove. Sono di sicuro “legami”, ma reali o finzionali? Che cosa è questa intimità? Sviluppano dipendenze? Muovono atteggiamenti onnipotenti, producono frammentazioni patologiche, colmano attaccamenti inadeguati o sono semplici consolazioni? In che rapporto stanno con i compiti vitali?

Di fatto concorrono ad attuarli, costituendo un sostegno reale ai compiti stessi. È possibile una forma di “plurilegami” (differente dal poliamore che è vincolato a patti di coppia)? E l’inconscio tace di fronte alla separazione tra intimità esistenziale e responsabilità reale? Il terapeuta, composto nella sua poltrona, accoglie ed ascolta, mentre nel suo mondo interno i paradigmi fanno “capriole” tra etica, metodologia, psicopatologia e cultura.

I. Come osservare il fenomeno

Il tema può essere affrontato con due sguardi complementari e non opposti, ma con un’accezione lievemente diversa.

Dal punto di vista della *psicoterapia* prevale l’esigenza di trovare un equilibrio di adattamento tra bisogni, desideri e mondo circostante, innanzitutto familiare, amicale e poi comunitario.

Dal punto di vista *analitico* lo scopo del lavoro si orienta alla costruzione di senso, alla scoperta o riscoperta della creatività dell’individuo che può così dare una forma più personale alla propria esistenza, comprendendo meglio ciò che lo connota e lo distingue.

Per tanto per lo psicoterapeuta, forse declinando qualche responsabilità, la domanda potrebbe trovare una facile risposta capendo la complementarietà tra questi legami e quelli reali per risponde a esigenze diverse talvolta contrapposte, della vita della persona. Quasi a dire che se il cliente non porta criticità personali rispetto alla presenza di questi legami, forse il terapeuta potrebbe non entrare neanche nel merito.

Dal punto di vista dell’analisi l’assunto di una comprensione di Sé ampia se non totale, impone all’analista almeno alcune riflessioni.

A. Elementi distintivi dei legami

1. Assenza di un patto di fedeltà

Sono presenti aspetti di divertissement nelle fasi iniziali dello scriversi, che diventano nel corso del tempo dinamiche di coppia, che portano con sé anche vissuti di rivendicazione, talvolta gelosia, non tanto verso altri personaggi quanto laddove ci si sente trascurati. Ciò in assenza di un patto di fedeltà o di legame dichiarato. La dimensione che chiamiamo “legame” non è frutto di un impegno reciproco, di un patto, di una dichiarazione affettiva, ma è l'esito a volte quasi inconsapevole, della frequenza del contatto che via via assume connotazione di quotidianità.

2. Assenza di ostacoli

La narrazione che si sviluppa in questi scambi, soprattutto in un primo tempo e nel corso di una seconda fase profondamente più conoscitiva, beneficia della capacità di ascolto reciproco, senza giudizio, senza un'attrazione specifica dovuta alla presenza del corporeo, come se si potesse vivere solo della bellezza della condivisione quotidiana, senza il peso reale, interpersonale del condividere uno spazio fisico nel quotidiano.

3. Intimità idealizzata e regno della possibilità

Molto spesso in questi legami non si osservano elementi sessuali pregnanti, se non magari apprezzamenti in un gioco anche in parte seduttivo, ma che molto presto lasciano spazio al racconto quotidiano. La possibilità di un incontro futuro, di un immaginario condiviso anche nello spazio, quando presente, viene orientata in un tempo prossimo indeterminato, assumendo caratteristiche di pensiero adolescenziale, laddove ogni possibilità rimane aperta, senza che venga sottoposta a delle verifiche fattuali. La dimensione di un regno altro è talmente distintiva, che spesso queste persone dimenticano di proteggere i messaggi da partner o da altri occhi indiscreti, proprio come se appartenessero un mondo altro, privo di impatto sulle relazioni reali. L'aspetto attrattivo, seduttivo, nel tempo può ridursi, ma rimane presente sottotraccia come un collante che rende il legame diverso da una semplice amicizia.

Il *terapeuta* che si interroga può suggerire al cliente un approfondimento dei bisogni che trovano soddisfazione in questo legame e del tipo di disarmonia intrapsichico o interpersonale che viene compensata da un immaginario non intrapsichico ma interpersonale.

L'*analista* però, pone una domanda di senso, di finalità, di integrazione interiore: osserva anche un Sé creativo che si espande, che trova energia nelle narrazioni, che si ricongiunge a volte anche con parti di sé, del proprio passato o della propria identità: si pone di necessità la domanda sulla natura di queste ricongiunzioni, come se fossero delle scissioni? Come fossero zone d'ombra inibite nel corso del tempo?

B. Bisogni coinvolti in questi legami

1. Il livello più profondo che sembra chiamato in causa è il sentirsi visti, amati, attingendo all'attaccamento primario della funzione materna. Non solo visti nel momento del contatto, ma pensati nel contesto di vita reale, personaggi nella mente dell'altro che custodisce il legame segreto
2. Il secondo livello appartiene al sentirsi desiderati e desiderare senza rischi, come se si rispondesse a una sessualità infantile, fatta di richiami, di piacevolezza, ma non di attrazione in senso stretto
3. C'è un piano poi che attiene al flirtare, la dimensione di passaggio tra l'infanzia e la pre adolescenza
4. La frequenza delle narrazioni rende poi il legame molto familiare includendo sia la dimensione della confidenza, sia la libertà di dire, che è difficile nei reali legami familiari; prendendo la forma di una amicizia
5. In ultimo la relazione presenta stabilità nell'aiuto e nella reciprocità, conseguendo una intimità che forse non si raggiungerebbe, almeno per queste persone, guardandosi realmente negli occhi

C. Effetti possibili

1. Un primo effetto, ma potrebbe anche essere una causa, è che la relazione di coppia o familiare reale assume caratteristiche organizzative, funzionali, a volte anche di alleanza, ma si svuota di una affettività più intima. Spesso si osserva che la funzione genitoriale prevale sull'alleanza di coppia
2. Riprendendo i punti citati prima, potremmo dire che il bisogno di sentirsi visti attiva modalità regressive, che nel tempo assumono la forma di una dipendenza dallo schema che questo legame ha attivato, con la sua precisa cadenza e frequenza nei contatti: orari della giornata, condizioni (ad es. nel tragitto casa-lavoro)
3. Un altro aspetto che viene rinforzato è una dimensione egocentrica (non narcisistica?), intesa come uno spazio di esclusività senza costi e senza implicazioni di aspettative
4. Un quarto aspetto consiste nel gioco della seduzione senza responsabilità: esclusività e disimpegno forse contribuiscono a recuperare amori mancati o esperienze non vissute nel passato, occasioni che avrebbero potuto originare un legame vero e che nella forma attuale cancellano antiche frustrazioni nel non essere stati scelti e liberano, senza conseguenze, il piacere di vedersi oggi visti e riconosciuti

Una domanda che l'analista non può evitare è quella relativa al valore dei legami in apparente assenza di responsabilità, cioè giocati in questa intimità immaginaria fuori dallo spazio e dal tempo. Si osserva il rischio di una costruzione di un'immagine di sé innanzitutto per se stessi, che contiene proiezioni di ciò che si vorrebbe essere o che si sarebbe potuti essere, di ciò che si vorrebbe esprimere, coltivato nell'immaginario reciproco, che sostiene da una parte e dall'altra del legame il racconto del meglio di sé, un meglio che rimane il dubbio che possa veramente essere tale fuori da quella sfera di intimità narrativa.

Ciò nonostante non si può negare che contribuisce a sostenere la persona al di là dei momenti di solitudine che può provare nel mondo reale. Al contempo, costringe a stare di fronte ai momenti di solitudine dovuti all'impossibilità di accedere al proprio "amico di penna" nei momenti in cui se ne ha bisogno. Questo per dire, che non si può ricondurre questi legami semplicemente a piani immaginari, compensativi, funzionali.

D. E gli altri? Chi sono gli altri della vita di questi personaggi?

Come detto parliamo di coppie funzionanti, anche alleate in un modo affettivo ed efficace, ma mancanti di intimità narrativa, come se prevalesse nel rapporto reale la paura di un confronto in cui entra in gioco la persona vera e non solo l'immagine che sta narrando a se stessi. Nel rapporto reale le implicazioni sono molte: possibilità del giudizio, svelamento di incoerenze, una conoscenza che aumenta le aspettative.

Il legame narrativo non porta con sé la percezione di voler tradire il partner reale, neanche il desiderio di una condivisione di più partner, semplicemente appartiene a una dimensione altra, personale e privata.

Tuttavia la consapevolezza che il coniuge o il partner reale si sentirebbe tradito nello scoprire questa dimensione narrativa è molto forte e le persone (a parte i momenti più ludico regressivi in cui dimenticano di proteggere le loro chat), quando si pone, ad esempio nell'analisi, la questione, sono consapevoli del potenziale distruttivo che la scoperta di questi legami porterebbe con sé. Anzi, spesso parlando con l'analista che rappresenta un "terzo" (pertanto è come se fosse voce della realtà) emerge un'angoscia di fronte all'eventualità che questi contatti debbano raggiungere il punto di chiusura.

II. *Considerazioni di natura terapeutica e analitica*

Nel mantenimento di questi legami narrativi nel corso del tempo emergono dinamiche molto simili ai legami di coppia reali, laddove le abitudini, non concordate ma implicitamente diventate dei riti della coppia, possono trovare degli ostacoli o dei cambiamenti: un messaggio a cui non si trova risposta, il temporeggiare di qualcuno, lo sparire in certi momenti, a volte anche il bisogno di far prevalere le esigenze dei legami familiari precedenti. *Più che gelosie, si manifestano delle ansie*, la paura di perdere quel luogo sicuro che si diceva regressivo, collegato a una funzione materna primaria nel sentirsi pensati.

Dal punto di vista relazionale si potrebbero catalogare questi legami come rapporti con oggetti parziali: tuttavia è anche vero che rispondono a una funzione di incoraggiamento, di supporto anche nei compiti vitali ed è difficile leggerli come ostativi a una evoluzione della persona nel compimento delle sue tappe evolutive.

Rimane aperta la domanda se questa realtà è una deviazione dal piano reale o se lo sostiene, se è una finzione o se è una integrazione, come appare proprio grazie alla condivisione di sentimenti, di incoraggiamenti, di assenza di giudizi, a favore di un'accettazione della totalità dell'altro e della sua natura profonda.

Sembra fuori luogo parlare di una frammentazione del sé o di una scissione in cui questo immaginario, che poi è concreto, costituirebbe una forma di espressione. Da un punto di vista diagnostico, si tratta di persone che collocheremmo nell'area "normo-nevrotica", capaci di relazioni stabili e durature.

Si potrebbe ricondurre queste esperienze in una sorta di "intelligenza privata a due", ma non si possono negare i benefici che queste intimità apportano alle relazioni della vita concreta, inserendosi nel solco dei compiti vitali della persona.

Anche gli aspetti un po' più narcisistici (forse anche di onnipotenza) sembrano dare sostegno a un Sé creativo che non si accontenta della dimensione a volte ridotta della relazione effettiva e si nutre, per ritornare nel mondo reale con maggiore entusiasmo. Si parla infatti di condizioni di comunicazione e di scambio che sono al di fuori del piano reale in quanto non condividono lo spazio, ma non sono neanche virtuali, perché le identità sono chiamate in causa e si mettono in gioco a livello profondo e reciproco.

E se si rinunciassse a questo legame? È una prospettiva che a volte le persone considerano, consapevoli che la vita reale continuerebbe senza difficoltà, ma appena il pensiero diventa una possibilità, insorge un senso di abbandono profondo, quasi una angoscia del vuoto, che finisce per convertire il pensiero nel "perché no?" di un legame che fa del bene, non costa nulla e dà invece che togliere.

III. Considerazioni aperte

Il legame narrativo apre una domanda su cui con alcuni colleghi ci si interrogati senza raggiungere una vera risposta: che cos'è un legame? In quali forme si esprime la cura della comunità di cui si fa parte? Cosa vuol dire avere una relazione autentica? Una relazione sana? Forse questi sono esiti imprevisi di una società improntata alla velocità ed alla prestazione, variabili che intaccano il tempo dell'incontro e del gioco conoscitivo nella coppia?

L'analista si trova esposto a modalità di realizzazione e di espressione del Sé che non costituiscono una totale alterità dalla propria esperienza (che si potrebbe provare anche a rigettare, facendo finta ad esempio che non ci interessi il mondo virtuale) ma che sono in linea, pur cambiando la forma, con qualcosa che attiene l'identità reale.

Sempre un percorso analitico aiuta l'altro alla scoperta di Sé, ma impegna l'analista alla revisione di Sé e dei propri schemi ed in circostanze come queste aprono ad un confronto con la comunità professionale, non tanto per arrivare a delle definizioni, quanto per capire in che direzione e con quali riferimenti, aiutare le persone a comprendere le proprie dinamiche.

Le inquietudini e le atemporalità dell'analista nel setting analitico

CLAUDIO GHIDONI

Summary – THE ANALYST'S DISQUIETUDES AND ATEMPORALITIES WITHIN THE ANALYTIC SETTING. This contribution aims to explore the role of unrest as a generative force within analytic work, framed through an integrated Adlerian perspective. Unrest is not merely a symptom or obstacle, but a pathway and instrument for penetrating the folds of consciousness, opening the space for reciprocal transformation between analyst and patient. It nourishes the epistemophilic drive of the living being, sustains doubt as an active method, and establishes a relational laboratory in which the patient can safely experiment with new modes of being. Within the analytic setting, temporality bifurcates: the unconscious unfolds in a timeless dimension, while the session adheres to a repetitive rhythm. This creates a relational theatre where subjective and symbolic times intersect, fostering the gradual unveiling of a mistaken lifestyle and the reawakening of a dormant communal feeling. The analyst's unrest - akin to that of the artist - inhabits uncomfortable spaces and generates a "restless peace" that transforms. Through two clinical vignettes, the paper illustrates how dreams, memories, and symbolic gestures (such as B.'s nose piercing) reveal the coherence and transformative potential of the unconscious. Psychic work unfolds in obscurity, through transference, silence, and corporeal intuitions, demanding an ethical posture: not to remove pain, but to dwell within it. According to Adler, lifestyle is a creative and unique expression, not a technique. Along this path, patient and analyst reinvent themselves, becoming co-authors of a living, generative relational work that ignites imagination and meaning. Unrest, therefore, is a catalyst for change - a tension toward the Other, toward mystery and hope - and the foundation of a clinical practice that resists quietism, embracing the fertility of doubt and transformation.

Keywords: UNREST, SLOWNESS, SILENCE, GENERATIVITY, INTUITION, SENSORIALITY, TEMPORALITY, RHYTHM, DREAM, SYMBOLISM, EMBODIMENT, AUTONOMY

Abstract – LE INQUIETUDINI E LE ATEMPORALITÀ DELL'ANALISTA NEL SETTING ANALITICO. Questo contributo intende esplorare il ruolo dell'inquietudine come forza generativa nel lavoro analitico, secondo una prospettiva adleriana integrata. L'inquietudine non è solo sintomo o ostacolo, ma via e strumento per penetrare le pieghe della coscienza, aprendo alla trasformazione reciproca tra analista e paziente. Essa alimenta la curiosità epistemofila dell'essere vivente, sostiene il dubbio come metodo attivo e crea un laboratorio relazionale dove il paziente può sperimentarsi in sicurezza. Nel setting analitico, la temporalità si sdoppia: l'inconscio è atemporale, mentre la seduta segue un ritmo ripetitivo. Questo genera un teatro relazionale dove si intrecciano tempi soggettivi e simbolici, favorendo il lento svelamento dello stile di vita erroneo e il risveglio del sentimento comunitario. L'inquietudine dell'analista, come quella dell'artista, abita spazi scomodi e genera una "pace inquieta" che trasforma. Attraverso due vignette cliniche, il documento mostra come sogni, ricordi e gesti simbolici (come il piercing di B.) rivelino la coerenza dell'inconscio e la sua capacità trasformativa.

Il lavoro psichico si svolge nell'oscurità, tra transfert, silenzi e intuizioni corporee, e richiede una postura etica: non rimuovere il dolore, ma abitarlo. Lo stile di vita, secondo Adler, è espressione creativa e unica, non tecnica. In questo cammino, paziente e analista si reinventano, diventando co-autori di un'opera relazionale viva, generativa, capace di accendere la luce dell'immaginazione e del senso. L'inquietudine, dunque, è motore di cambiamento, tensione verso l'altro, verso il mistero e la speranza, e fondamento di una clinica che non si accontenta di quietismo, ma cerca la fecondità del dubbio e della trasformazione.

Parole chiave: INQUIETUDINE, LENTEZZA, SILENZIO, GENERATIVITÀ, INTUIRE, SENSORIALITÀ, TEMPORALITÀ, RITMO, SOGNO, SIMBOLISMO, INCORPORAZIONE, AUTONOMIA

*Una delle mie preoccupazioni costanti è capire com'è che
esiste altra gente, com'è che esistono altre anime
che non sono la mia, coscienze estranee alla mia coscienza;
la quale, proprio perché è coscienza,
mi sembra essere l'unica possibile.
(Fernando Pessoa, Il libro dell'inquietudine)
[32, 1913-1930]*

Introduzione

L'inquietudine è sia la strada che lo strumento per penetrare nelle pieghe della realtà della coscienza, ma ci si accorge anche di quanto essa possa diventare un limite per l'obiettivo di voler conoscere e andare in profondità, oltre, cercando di uscire da sé stessi per tentare d'incontrare l'incerto, l'impalpabile dell'essere umano [8].

Non dobbiamo dimenticare che siamo abitati da una spinta inesauribile, una forza creativa, una epistemofilia somatopsichica dell'essere vivente, verificabile in ogni aspetto del pensiero adleriano. Pertanto, possiamo affermare senza esitazioni che l'inquietudine rende l'analista e l'analisi generativi.

L'inquietudine evoca l'atavico pensiero e il desiderio antico della nostra infanzia: la necessità di fare domande, alimentata dall'indomabile forza di conoscere e sapere con l'obiettivo di darci un senso. Di natura siamo inquieti, forse siamo i *“bambini difficili”* di cui parla Adler, in quanto *arranchiamo* nell'incertezza e nella carenza per compensare con coraggio i vuoti, la voglia di cambiamento e di essere trasformati dall'altro.

La saggezza dei nostri padri ci ha donato un'eredità che va resa feconda, altrimenti rischia di pietrificarsi depauperando la comunità umana. Sarà proprio l'inquietudine dell'educatore, del formatore e dell'analista a renderla vitale. Come giustamente affermava Mahler la fedeltà a ciò che ci è stato tramandato significa tenere vivo il fuoco, e non adorare le ceneri [27].

Il lavoro clinico tra paziente e terapeuta nel setting analitico è scomodo, complesso, lento e inconsapevole, segnato dalle soggettività in gioco con i loro vissuti e le loro emozioni. Il “*congetturare*”, il “*fantasticare*” e l’ “*intuire*” [1, 3, 5] sono alcuni degli strumenti raccomandati dal pensiero adleriano che ci insegnano a conoscere la natura e la consistenza dello stile di vita, forse un oggetto oscuro, spesso difficile da definire, ma coerente: l’inconscio. Agisce tramite il silenzio, i corpi, la paranoia, la nevrosi ossessiva, i processi legati alla perdita e al lutto, la sessualità, il piacere, il mistero, il trascendente.

In questo lavoro non ci limitiamo solo a prenderci cura del paziente, ma manteniamo viva la riflessione su noi stessi, interrogandoci e ponendoci allo specchio sulla stessa area che stiamo indagando e vivendo con il paziente. Un lavoro unico che porta a una singolarità relazionale, aprendoci a conoscenze altrettanto uniche e irripetibili. L’inquietudine dell’analista implica una buona attitudine dubitativa coltivata nella lunga formazione didattica che mette al bando tatticismi pregiudiziali e dogmatici. Il più grande fallimento del lavoro analitico sarebbe quello di *acquietare* il paziente e portarlo nella quotidianità di un quietismo esistenziale. Spesse volte nei sintomi dei nostri pazienti troviamo ben censurati e chiusi come in un forziere la fatica di pensare, di scegliere e di separarsi [8].

Il dubbio in terapia non condivide nulla con l’essere esitanti o indecisi, ma è una creazione di un clima-laboratorio dove il paziente si sperimenta giocando un’esperienza sicura. Diventa una metodica attiva che sprona all’azione. L’inquietudine nasce dall’incompiutezza e dalla fragilità, ma racchiude potenzialità infinite. È tensione verso un esserci relazionale, cooperativo, umano. Qui il dubbio non è esitazione, ma metodo attivo che crea un clima sicuro e creativo per il paziente. L’analista agisce “*come se fosse incerto*” per restituire al paziente la libertà della scoperta. Dalla mia esperienza, posso dire che gli analisti più creativi sono quelli più curiosi: non smettono mai di apprendere dalla propria esperienza [1, 2, 3, 4, 5, 6].

I. *Il Lavoro Psichico*

Il lavoro dell’analista che procede sul sentiero dell’ignoto porta già in sé incertezza e oscurità. Non si tratta solo di interrogarsi su come prendersi cura del paziente, ma anche su come si sviluppano e quale natura abbiano i ricordi, i sogni, l’inconscio, il transfert e le modalità di ascolto ecc. Queste sono le domande che ci accompagnano fin dall’infanzia, quando cerchiamo di dare significato al nostro vivere e di iniziare l’ascesa verso un senso.

In questo processo l’analista incontra l’angoscia del paziente che manifesta il desiderio di cercare l’altro per condividere con lui il proprio dolore oscuro. Ciò che non accade nella realtà contemporanea, dove la comunicazione continua e trasparente tende a rimuovere l’altro e tutto ciò che è doloroso e problematico.

L'analisi permea l'analista con il problema dell'Altro come mistero, tenebra, dolore, seduzione e desiderio. In questa dimensione l'analisi svolge non solo un ruolo terapeutico, ma anche *etico*. L'angoscia della marginalizzazione, dell'inadeguatezza, dell'imperfezione e dell'esclusione diviene il clima stesso della relazione analitica.

Nel rapporto analitico il *silenzio* e la *parola* hanno una presenza costante, a volte sono abilità e strategie anche inconsapevoli dell'analista e del paziente stesso, si intrecciano e si influenzano reciprocamente. Ogni silenzio ha un suo linguaggio; le parole agiscono, incidono e trasformano, mentre il silenzio sospende e arresta, dettando il ritmo della seduta [8].

Note le parole di Kafka interpretate da Borgna: *“Ma le sirene hanno un'arma ancora più terribile del loro canto, ed è il loro silenzio. Non è mai accaduto, ma forse non è del tutto inconcepibile, che qualcuno si possa salvare dal loro canto, ma dal loro silenzio certo no”* (14, p. 42).

Il silenzio, dunque, diventa una forma di interpretazione, più forte della parola, e il suo accadere porta qualcosa di sacro e di divino, forse un'assenza che non usa le parole. Emily Dickinson, in termini appropriati, definisce la dimensione dell'inquietudine [16]:

*«Silenzio è tutto quanto temiamo.
C'è riscatto in una voce-
Ma silenzio è infinità.
Di per sé non ha un volto.»*

II. Essere Sospesi

La nostra psicoterapia del profondo, come sappiamo, si caratterizza e prende vita nella relazionalità con il paziente, un metodo terapeutico e di conoscenza che passa per necessità attraverso la coscienza del paziente per arrivare al suo mondo inconscio. Un mondo non della certezza o della determinazione, ma ibridato di vero/falso, certo/incerto, di atemporalità, a volte senza tempo, senza distinzione netta fra passato e presente o, meglio, come dice A. Green *“un tempo eterocronico, un tempo a più direzioni e a più riprese”*.

Il lavoro analitico implica necessariamente una contaminazione, un'implicazione antropologica dell'analista e del paziente attraverso la ricerca di tracce e frammenti che emergono da immaginazioni, fantasie, intuizioni, raffigurabilità, rappresentazioni, ricordi e, non da ultimo, dai corpi stessi che trasformano le modalità di vedersi e percepirsi.

L'analista e il paziente abitano nello stesso terreno emozionale e sono strettamente in attesa che un ignoto si sveli. La mente dell'analista è pronta a vivere l'inaspettato.

Sono istanti in cui, all'annuncio dell'eventuale sintomo o della problematica del paziente, il terapeuta si ancora a sentirsi travolto da un indefinito vortice che trascina verso una sorta di angoscia primaria senza contorni precisi accompagnata dal desiderio di essere altrove. Sono momenti delicati. Il paziente ignora cosa stia accadendo nella mente dell'analista, ma certo ha percepito di non essere stato respinto: *"forse sono accolto, probabilmente mi tollera"*.

Inquietudine e responsabilità si intrecciano strutturando nel terapeuta *azioni di presenza*. La persona di fronte a noi ci *riguarda e devo rispondere*, richiama che *nel* nostro esistere è collocato il *suo* esistere, non c'è *neutralità*. Esiste una sorta di sacro e di solennità, una temporalità (funzione di madre, di padre, di bambino, di autorità, di società, di lavoro, ecc.), l'analisi porta in sé la promessa di cambiamento, di libertà e un abbassamento di angoscia, di colpa e di scelte.

Detto in termini adleriani operiamo sugli *errori* attraverso un modo di procedere dove si combinano *austerità, creatività*.

Vorrei presentare brevemente la vignetta di una paziente, a sostegno delle affermazioni espresse in precedenza. In situazioni simili ho vissuto emozioni che mi hanno prodotto esperienze sensoriali e intuizioni profonde.

O. è una donna di 50 anni, docente, coniugata senza figli, ama il suo lavoro, è ambientalista e salutista. Ha un difficile rapporto con la madre. Il fratello maggiore di due anni è sempre stato percepito in casa come *il bene*, mentre O. la *seconda* sempre. Il padre, lavoratore, rimane sullo sfondo.

O. si avvicina all'analisi adleriana dopo tre anni di un percorso analitico precedente, di diverso orientamento, ma sempre del profondo. Dopo un anno di lavoro, il nostro livello di coppia terapeutica potrebbe essere definito reciprocamente accogliente in un setting rispettato e sicuro. I sogni che presento sono emersi a tre mesi dall'inizio dell'analisi in due sedute vicine.

Sogno n. 1 *"Registro i dati del passato in modo rigorosissimo...il presente è un grumo"*.

All'ascolto di questo sogno fui attraversato da un'emozione con un attributo sensoriale di *benessere-gioia*, senza riuscire a comprenderne il motivo. Abbiamo lavorato sul termine *rigore* correlato a docente, partner, amicizie, che emotivamente associavo alla freddezza. Successivamente ci siamo soffermati sulla frase *il presente è un grumo*, e in quel momento avvertii sul palato la sensazione metallica del sapore del sangue.

Non ho condiviso con la paziente il mio sentire. Mi torturava nella mente il binomio *rigore-grumo*, la comunicazione verbale si era sospesa fra noi, certamente si era attivato un ascolto interiore reciproco. La paziente spontaneamente mi dice che il *grumo* le richiama un *nodo da sciogliere*.

Improvvisamente intuisco che la sensazione metallica del sangue sul palato è legata a una mia preoccupazione quotidiana, il timore che le gengive sanguinino, immediatamente collego questa sensazione a una mia resistenza personale, non superata, all'assunzione della cardioaspirina. Una seduta faticosa, che ha creato in me un impegnativo stato d'animo sul perché io avessi strutturato una sorta di *benessere-gioia* all'ascolto del sogno della paziente. Puntualmente, nella seduta successiva, sarà il secondo sogno che porterà e svelerà il sequel del lavoro onirico.

Sogno n. 2 *"Spiego ad una persona che la vita è a righe e spazi, l'inconscio viene dal vuoto"*.

Queste due sedute, valutazioni che ho fatto a posteriori, sono iniziate con un sorriso insolito e un'espressione serena sul volto della paziente come volesse consegnarmi un segreto da lei appena scoperto e la necessità di svelarlo a me perché lo accogliessi e lo custodissi con cura. Compresi allora lo stato d'animo di *benessere-gioia* che provai senza ragione cosciente all'inizio della seduta. L'inconsapevolezza dei due era in *movimento*, il gioco della parola, la fantasia, la metafora, le congetture e il silenzio hanno preparato il cambiamento e la trasformazione.

Concretamente, come si sarà già intuito, la paziente ci tiene a comunicarmi che sta facendo una esperienza analitica diversa rispetto al passato, non più nella rigidità ossessiva, iper-razionale e interpretativa, ma centrata sul *grumo-nodo* come azione unitaria fra corpo e mente in un'atmosfera intersoggettiva. La paziente è orientata a un *tempo* e a un *ritmo* di ascolto alternativo.

Nel secondo sogno la paziente proclama di vivere in una *temporalità* terapeutica relazionale dove il proprio Sé creativo lavora alla costruzione di un'esistenza libera, inattesa, fatta di rotte e spazi che convergono alla ricerca di senso. La paziente con gioia voleva comunicarmi il suo benessere, che inconsciamente mi ha trasmesso, regalandomi uno straordinario incoraggiamento a continuare questo lavoro psichico con lei. Ho percepito come l'inconscio del paziente in seduta abbia bisogno di incontrare e *usare* il nostro inconscio, utilizzandolo per riposizionarsi in una propria zona sicura, anche a costo di mettere in discussione le nostre certezze, spesso considerate inalterabili e garantite da esperienza collaudata.

In questo dialogo con il paziente, dove la parola spesso è marginale, incontriamo un'infinita variabilità di *ripetizioni* come sintomi, sogni, ricordi, lapsus, atti mancati, la cui *finalità* ubbidisce a una funzione *creativa*.

Non si tratta di semplici ripetizioni, ma di una riproposta *nel presente* dello stile di vita che il paziente attua in modo da garantirsi che qualcuno si prenda cura di lui, perché lo conservi e impedisca che si perda. Pertanto, tracce, segni e frammenti che il paziente ci consegna, attraverso un suo linguaggio unico, saranno le nostre preoccupazioni inquietanti.

III. *L'altro dell'inquietudine*

Esiste una sorta di necessità di convivenza fra l'analista e l'inquietudine, volta a strutturare un rapporto che alimenta e tutela nell'analista uno stato d'animo di saggezza e di prudenza. Avventurarsi nella profondità dell'umano è un avvicinarsi all'*ignoto*, incontrare anfratti e luoghi spesso scomodi e impervi, ma pure, e non meno destabilizzanti, *flussi vitali*, potenzialità impensate e territori infiniti del non conosciuto del paziente. È un'oscurità che, se impariamo a sostarci, può rivelare una luce necessaria tanto al paziente quanto all'analista.

Mi pare opportuno citare un verso di Umberto Saba che nella poesia, *A mia moglie*, definisce l'importanza della sua presenza nonostante la problematicità dello stare accanto: «*Parevi stanca, parevi ammalata//ma t'ho riconosciuta, io che t'ho amata*». Trovo questi versi la descrizione accurata e umana dell'agire che l'inquietudine svolge nel nostro lavoro clinico. Stare nell'inquietudine non è una cosa facile, ma la percepisco come il *sapore* che rende appetibile e stimolante respirare un'aria insolita.

Richiede un adattamento al silenzio, un dimenticarsi del nostro tempo quotidiano, una spoliatura culturale, una corporeità attenta nella sua sensorialità, un'attenzione mimica accogliente, una passività/attiva e un'abitudine alle perdite. Nel frattempo, delinea un'esperienza motivante a *cercare*, *incuriosirsi* e *studiare* tutto ciò che ci circonda. *Costringe* a uscire da noi stessi abbandonando quel narcisismo nevrotico che ci allontana dall'altro, ci invita a vivere e collaudare strade che ci portano alla necessità di dare senso al nostro vivere.

L'inquietudine è adlerianamente *movimento* che implica *cambiamento*, lavora per la speranza e la gioia, affronta nella necessità l'angoscia e la solitudine: noi terapeuti sappiamo benissimo che lo stare nel mondo è stare nella *solitudine* per incontrare e riflettere su ciò che ci circonda ed è pure luogo della creatività dove si accendono le luci della fantasia, dell'immaginazione e dell'inaspettato.

È fondamentale nel nostro lavoro psichico imparare a stare nella *pace dell'inquietudine*, altrimenti si rischia senza di essa di essere sterili perché nell'*infinitudine* troviamo la *generatività*.

IV. *Un Passato e un Eterno Presente*

Nel nostro stare in seduta analitica, il lavoro rimane sospeso su *temporalità diverse*: da un lato l'inconscio si presenta in una dimensione *senza tempo*, mentre il setting è ordinato su regole di *un tempo ripetitivo*. Si crea così un gioco strategico, quasi un teatro assurdo, in cui passano comunicazioni che parlano di un fuori/dentro, di un prima/dopo, tra il tempo del paziente e il tempo dell'altro [7, 8].

Con certezza è un'esperienza adleriana volta alla reciprocità e al riconoscimento dell'alterità dell'altro. Si attua un lento svelamento di uno stile di *vita erroneo*, che libera dai rovi un *sentimento comunitario e relazionale inattivato fin dall'origine dell'esistenza*.

Sarà la nascita creativa di un tempo soggettivo che permetterà l'incontro con i processi simbolici.

Potremmo trovarci di fronte a un *tempo che scorre*, nel viaggio del lavoro analitico, alla ricerca conoscitiva di senso e di scopo metafisico, ma anche a un *tempo arrestato, arido e asfittico*, in un cammino oscuro, fermo, immobile con assenza di futuro. Questo emerge nelle situazioni psicotiche come la paranoia, o nelle sindromi ossessive. Se nel sistema paranoico la temporalità si svolge nel presente, nel sistema ossessivo il tempo è fermo, rigido, segmentato in preda alla ritualità.

La temporalità è la regia della seduta analitica, condizionata dalle correlazioni tra affetti e rappresentazioni. Nel tragitto della cura siamo sempre esposti all'andamento delle onde, cioè allo *scarto* tra l'*esperienza* e la sua *significazione*.

In questa *tensione* accade ogni possibile cambiamento e trasformazione. La relazione analitica matura porta in sé un risveglio e un *movimento* del potere creativo inarrestabile. Sono istanti di grande intimità dove lavorano il sogno, l'immaginazione e la realtà psichica.

V. Il percorso di B.: autonomia, coerenza dell'inconscio e simboli trasformativi

Riporto alcune note sull'esistenza di B., emerse nel corso di un lavoro analitico durato tre anni, volto al raggiungimento di una progressiva autonomia rispetto a una struttura familiare oppressiva. B., ventenne, figlia unica, proviene da un contesto familiare rigido e polarizzato: il padre, imprenditore, appare sottomesso alla moglie, una figura ossessiva e ipercontrollante, capace di determinare la vita di tutti i membri della famiglia. La madre, giudice di professione, porta con sé un passato trasgressivo che sembra aver lasciato tracce ambivalenti nella sua modalità educativa.

B. si è sempre distinta per eccellenza scolastica — prima della classe, brillante e rigorosa — ma ha mostrato difficoltà relazionali, in particolare nell'interazione con i pari. La sua infanzia è segnata da episodi che rivelano una precoce esposizione alla solitudine e alla punizione. Mi rende partecipe di un ricordo vivido: *“Avevo quattro anni, ho fatto i capricci perché volevo il cavallino a dondolo. Mia madre mi ha messo in castigo fuori sul balcone, chiudendolo e andandosene. Io non riuscivo a raggiungere la maniglia per aprire, ero disperata, ho pianto tantissimo”*.

Questo episodio, apparentemente semplice, contiene già in nuce la dinamica di esclusione e abbandono che ha segnato la sua struttura psichica. Il balcone chiuso diventa metafora di una genitorialità distante, incapace di accogliere il bisogno infantile, e il cavallino a dondolo — oggetto del desiderio — simbolo di un piacere negato, di una corporeità non riconosciuta.

A distanza di anni, nella notte che precede l'esame di maturità classica, B. porta in seduta un sogno che si rivela altamente simbolico: *“Vedo una ragazzina non vedente che emana dal suo corpo una luce. Sembrava fosse lì per un destino avverso, si intuisce che porta in sé capacità potenti e trasformative”*.

La figura onirica della bambina cieca che irradia luce rappresenta una potente immagine iniziatica. La cecità non è mancanza, ma condizione di visione interiore; la luce che emana dal corpo è segnale di una trasformazione in atto, di una potenzialità che si libera proprio nel momento in cui la realtà esterna impone una prova. Quell'estate, dopo aver conseguito la maturità con il massimo dei voti (100/100 e lode), B. compie un gesto di rottura simbolica: si presenta a cena con un vistoso piercing al naso. In quella cultura familiare, il gesto è inconcepibile, quasi sacrilego. I genitori, sconvolti e offesi, abbandonano la cena e lasciano B. sola. Ma questa solitudine non è più punizione: è affermazione, è dichiarazione di sé.

Ho scelto di condividere solo questi due frame di un lavoro analitico molto più ampio, per sottolineare la coerenza dell'inconscio. Nel ricordo, B. ha quattro anni; nel sogno, ne ha venti. Eppure, in entrambi i momenti, emerge una traiettoria evolutiva chiara: il superamento del trauma non avviene attraverso rotture laceranti, ma mediante una trasformazione interna, graduale, che attende il momento opportuno per dichiarare la propria nascita alla maturità.

B. non si è frantumata. Ha trovato contenitori compensativi — la scuola, la cultura, la musica, l'esperienza analitica — che hanno costituito un nucleo affettivo capace di sostenere la sua crescita. Il sogno, in questo senso, è sintesi e profezia: la bambina cieca non ha perso la luce, ha imparato a vederla da dentro.

Ha scoperto il proprio corpo come fonte di piacere e sessualità, non più escluso, ma finalmente riconosciuto. Il piercing diventa allora un atto simbolico: non solo gesto di ribellione, ma segno di una soggettività che si afferma. È come se B. avesse chiuso la porta del balcone della sua infanzia, lasciando fuori — insieme al cavallino a dondolo — una genitorialità perennemente antica, incapace di evolvere. E avesse aperto, finalmente, uno spazio nuovo: quello della propria esistenza adulta, libera e creativa.

VI. Gli "spazi scomodi" dell'inquietudine

Viviamo una dimensione professionale di intima prossimità, come un pendolo in un continuo movimento oscillatorio fra interiorità e esteriorità, fra intrapsichico e intersoggettivo, fra flessibilità e rigore, fra limite e libertà, vulnerabilità e fragilità. Il paziente ci raggiunge portando con sé il caos, la confusione, la temporalità traumatica di ieri che ancora vibra nel corpo e nella mente di oggi, una quantità di polvere che "impone" e "inquieta" l'analista in una sorta d'urgenza di mettere ordine, pace, vivibilità.

Esattamente come accade nell'immaginazione dell'artista, che parte da tentativi disordinati prima di giungere a un'opera compiuta, il nostro lavoro psichico genera una "pace" inquieta perché spezza equilibri finzionali, ridefinisce la sessualità, riorganizza le dinamiche familiari, attraverso una relazione dai mille volti che ha l'obiettivo di trasformare nuovi significati di vita con la scoperta di nuovi simboli.

Nel percorso analitico, spesso ci troviamo a navigare territori impervi e ignoti, specialmente con pazienti portatori di sofferenze profonde, non sempre riconducibili alla sola dimensione psichica. Anche l'analista, in quanto essere umano, è soggetto alle stesse fatalità: perdite, separazioni, amori, maternità, paternità, malattia, vecchiaia.

In questi spazi scomodi, l'inquietudine si fa compagna e guida. È necessario uno svelamento delicato, che non risponda a un bisogno dell'analista, ma sia orientato all'interesse del paziente. Il cammino analitico si svolge su un ponticello fragile, sospeso sull'angoscia che nasce dalla consapevolezza della morte.

Il pensiero adleriano trasforma questa angoscia in creatività, generando significati e abitudini vitali. Adler ci ha lasciato nella locuzione *stile di vita* [1, 5] una chiarezza inequivocabile per definire il nostro lavoro psichico e la conseguente inquietudine, *stile* è una parola creativa, intima e unica, non sa di tecnica che possiamo associare ad apprendimenti e può essere dimenticata. Lo stile analitico esprime le nostre sfaccettature della personalità imbevute dalle esperienze esistenziali. Paziente e analista si reinventano.

Esattamente, come per l'artista, noi diventiamo un tutt'uno con la nostra opera d'arte. Come scrive Paolo di Tarso, "*sperare è vedere in uno specchio oscuro*" (9, 1° lettera ai Corinzi v.13,12): anche l'analisi nasce da questo clima insaturo, che diventa collante dell'alleanza terapeutica. Rilke lo esprime con una precisione struggente (33, Elegie duinesi, p. 92: «*Questo si chiama destino: essere di fronte / e poi null'altro e di fronte sempre.*»

Infine, questi volti, solo abbozzati dell'inquietudine non devono indurre a pensare ad un permanente stato d'allarme come caratteristica del nostro lavoro, ma una profonda e seria formazione ci aprirà le porte a vivere la seduta come opportunità del Sé creativo di scoprire uno *spazio/tempo* altamente generativo.

L'apparente disagio, nato dall'incontro con le fragilità del paziente e analista, i loro arroccamenti e silenzi sono un elegante stile di procedere per cambiare, esattamente come le ricerche di oggi della fisica quantistica che mette al bando il *vuoto come nulla e abominevole* a favore di un *vuoto elegante, proteso a fluttuazioni innovative*.

Colleghi, mi è stato difficile, volendo usare un linguaggio non clinico, trovare un'espressione per definire lo stato d'animo dell'*inquietudine* dell'analista, nemmeno vorrei fosse confuso con la grande tematica del controtransfert, anche se i due confini sono decisamente sfumati e labili.

Ho scelto di avvalermi di un'espressione artistica nella poetica di Vivian Lamarque dove nel suo ultimo libro di poesie, pubblicato nell'aprile 2025 *E intanto la vita?* descrive come paziente la sua esperienza analitica transferale con il suo analista junghiano (26, p. 5):

*“Attento Dottore
la sua Stanza è circondata:
sul chi va là
un'infanzia
fino ai denti armata”.*

Bibliografia

1. ADLER, A. (1912), *Über den nervösen Charakter*, tr. it. *Il temperamento nervoso*, Astrolabio, Roma 1971.
2. ADLER, A. (1920), *Praxis und Theorie der Individualpsychologie*, tr. it. *La Psicologia Individuale*, New Compton, Roma 1970.
3. ADLER, A. (1927), *Menschenkenntnis*, tr. it. *La conoscenza dell'uomo nella psicologia individuale*, New Compton, Roma 1994.
4. ADLER, A. (1931), *What Life Should Mean to You*, tr. it. *Cosa la vita dovrebbe significare per voi*, New Compton, Roma 1994.
5. ADLER, A. (1933), *Der Sinn des Lebens*, tr. it. *Il senso della vita*, De Agostini, Novara 1990.
6. ADLER, A. (1935), I concetti fondamentali della Psicologia Individuale, *Riv. Psicol. Indiv.*, 1993, 33: 5-9.
7. AGOSTINO (397), *Confessionum Libri XIII*, tr. it. *Le confessioni*, Einaudi, Torino 1966.
8. BALDASSARRO, A. (2024), *L'inquietudine dell'analista*, Alpes Italia, Roma.
9. Bibbia di Gerusalemme (2009), 1 *Corinzi* 13,12, tr. it., Conferenza Episcopale Italiana, Edizioni Dehoniane, Bologna.
10. BOELLA, L. (2018), *Empatie*, Raffaello Cortina, Milano.
11. BOLLAS, C. (2023), *Essential Aloneness* tr. it. *Solitudine essenziale*, Raffaele Cortina, Milano 2025.
12. BORGNA, E. (2000), *Noi siamo colloquio*, Feltrinelli, Milano.
13. BORGNA, E. (2019), *La follia che è anche in noi*, Einaudi, Torino.
14. BORGNA, E. (2024), *In ascolto del silenzio*, Einaudi, Torino.
15. BORGNA, E. (2025), *Gioia*, Einaudi, Torino.
16. DICKINSON, E. (1997), *Tutte le poesie*, Mondadori, Milano.
17. FASSINO, S. (2017), Neuroscienze e dinamiche profonde del cambiamento nella relazione psicoterapeutica, *Riv. Psicol. Indiv.*, 82: 29-53.
18. FASSINO, S., ROVERA, G. G. (2023), Per una psicodinamica della self-compassion: oltre l'empatia, tramite il Sé creativo, *Riv. Psicol. Indiv.*, 93: 31-57.
19. FERRERO, A. (2000), L'analisi e la psicoterapia psicodinamica secondo la Psicologia Individuale: spunti per una discussione, *Riv. Psicol. Indiv.*, 48: 41-54.
20. FERRIGNO, G. (2004), Le emozioni come "luogo" d'incontro fra menti, Editoriale, *Riv. Psicol. Indiv.*, 55: 3-6.
21. FERRIGNO, G. (2009), La risonanza emozionale e il "ritmo" dell'incoraggiamento, *Riv. Psicol. Indiv.*, 66: 81-91.
22. FERRIGNO, G., BORGNA, E. (2012), La comunicazione non è se non relazione, *Riv. Psicol. Indiv.*, 71: 59-79.
23. GREEN, A. (2000), *Le temps éclaté*, tr. it. *Il tempo in frantumi*, Borla, Roma 2001.
24. HAN, B. C. (2016), *Die Austreibung des Anderen*, tr. it. *L'espulsione dell'altro*, Nottetempo, Milano, 2017.

25. KAFKA, F., (1936), *Beschreibung eines Kampfes*, tr. it. “Il silenzio delle sirene”, in *Tutti i racconti*, Mondadori, Milano 1970.
26. LAMARQUE, V. (2025), *E intanto la vita?* Mondadori, Milano.
27. MAHLER, M. S. (1975), *The Psychological Birth of the Human Infant, Symbiosis and Individuation*, tr. it. *La nascita psicologica del bambino*, Boringhieri, Torino 1978.
28. MANCINI, R. (2002), *Il silenzio via verso la vita*, Edizioni Qiqajon, Magnano (BI).
29. MARASCO, E., MARASCO, L. (2005), Lezioni di Psicologia Individuale di Francesco parenti: La Psicologia Individuale nella crisi della scuola, sogno e fantasia nelle prospettive analitiche adleriane, *Quaderno della Riv. Psicol. Indiv.*, supp. n. 47.
30. MARASCO, E., MARASCO, L., (2022), *Corsi di formazione transculturale per analisti adleriani*, Mimesis, Milano-Udine.
31. MEZZENA, G. (1999), Momenti magici di percorsi analitici, *Riv. Psicol. Indiv.* supp. n. 44.
32. PESSOA, F. (1913-1930), *Scritti*, tr. it. *Il libro dell'inquietudine*, Feltrinelli, Milano 1986.
33. RILKE, R. M. (1895-1908), *Poesie I* (1908-1926), *Poesie II*, Einaudi-Gallimard, Torino 1995.
34. RIZZOLATI, G., SINIGAGLIA, C. (2019), *Specchi nel cervello*, Raffaello Cortina, Milano.
35. ROVERA, G. G. (2008), Il sogno tra neuroscienze e psicoterapie: un dibattito postmoderno, *Riv. Psicol. Indiv.*, 64: 127-146.
36. ROVERA, G. G. (2014), Le alleanze terapeutiche in Psicologia Individuale, *Riv. Psicol. Indiv.*, 76: 3-30.
37. ROVERA, G. G. (2015), Lo stile terapeutico, *Riv. Psicol. Indiv.*, 78: 19-85.
38. ROVERA, G. G. (2016), L'alleanza con il deficit: un possibile strumento mutativo, *Riv. Psicol. Indiv.*, 80: 41-49.
39. SABA, U. (1912), *Trieste e una donna*, Libreria Editrice L. Cappelli, Trieste.
40. SCHORE, A. N. (2019), *Right Brain Psychotherapy*, tr. it. *Psicoterapia con l'emisfero destro*, Raffaello Cortina, Milano 2022.
41. STERN, D. P. (2004), *The Present Moment in Psychotherapy and Everyday Life*, tr. it. *Il momento presente*, Raffaello Cortina, Milano 2005

Etica e responsabilità come pilastri della formazione degli psicoterapeuti

CLAUDIO GHIDONI

Summary – TOWARDS A GENERATIVE FORMATION: ETHICAL CHALLENGES AND TRAJECTORIES OF SOCIAL FEELING. Individual Psychology, in its formative structure, is rooted in an ethical and teleological vision of the human being, oriented toward the promotion of the person and their capacity to contribute meaningfully to the community. Each individual, unique and intentional, strives toward a private goal which, to be truly evolutionary, must be integrated into the social feeling. This integration entails a conscious responsibility: ethics outlines the horizons, while responsibility enacts their trajectories. In the educational field, such a framework demands a critical reading of the present, shaped by anthropological, cultural, and political tensions. The widespread disembodiment of experience, mediated by digital devices, fragments real presence and weakens relational depth. In Adler's view, the body is not a passive vessel but an active participant in the construction of the Self and in the relational field. Meanwhile, the dominant catastrophic narrative of the future generates anxiety and paralyzes desire, especially among younger generations, who often respond with existential withdrawal. The educator's task becomes that of reactivating eros as a generative force and relational principle. Politically, the proliferation of new rights raises complex questions about the boundary between individual aspiration and collective legitimacy. Individual Psychology calls for ethical discernment that can orient desire toward cooperation and shared responsibility. To meet these challenges, a re-embodied reconnection is proposed—one that restores presence, proximity, and relational vitality. Looking ahead, the establishment of a Permanent Synod among Adlerian Schools and a Permanent Research Area is envisioned. This latter initiative, conceived as a structural pillar, aims to foster interdisciplinary dialogue and humanistic scientific inquiry, intertwining research and training to cultivate a generative vision of the therapist as an educating subject, capable of inhabiting complexity and transforming it into social contribution.

Keywords: ETHICS, RESPONSABILITY, COMPLEXITY, CHANGE, SENSE OF COMMUNITY, EDUCATIONAL METHOD, FORMATIVE COLLEGIALITY, EDUCATIONAL SHARING, ARTIFICIAL INTELLIGENCE, SYNODALITY, RESEARCH-ORIENTED ATTITUDE

Abstract – ETICA E RESPONSABILITÀ COME PILASTRI DELLA FORMAZIONE DEGLI PSICOTERAPEUTI. La Psicologia Individuale, nella sua struttura formativa, è radicata in una visione etica e teleologica dell'essere umano, orientata alla promozione della persona e alla sua capacità di contribuire in modo significativo alla comunità. Ogni individuo, unico e intenzionale, tende alla realizzazione di una meta privata che, per essere realmente evolutiva, deve integrarsi nel sentimento sociale. Tale integrazione comporta una responsabilità consapevole: l'etica ne traccia gli orizzonti, la responsabilità ne attua le traiettorie. In ambito educativo, questo impianto richiede una lettura critica del presente, segnato da tensioni antropologiche, culturali e politiche.

La diffusa disincarnazione dell'esperienza, mediata dai dispositivi digitali, frammenta la presenza reale e indebolisce la profondità relazionale. Nella visione di Adler, il corpo non è un contenitore passivo, ma un partecipante attivo nella costruzione del Sé e nel campo relazionale. Parallelamente, la narrazione catastrofista dominante sul futuro genera ansia e paralizza il desiderio, soprattutto tra le giovani generazioni, che spesso reagiscono con un ritiro esistenziale. Il compito del formatore diventa allora quello di riattivare l'eros come forza generativa e principio relazionale. Sul piano politico, la proliferazione di nuovi diritti solleva interrogativi complessi sul confine tra aspirazione individuale e legittimità collettiva. La Psicologia Individuale invita a un discernimento etico capace di orientare il desiderio verso la cooperazione e la responsabilità condivisa. Per affrontare queste sfide, si propone una riconnessione incarnata, che ristabilisca la presenza, la prossimità e la vitalità relazionale. In prospettiva, si auspica la creazione di un Sinodo Permanente tra le Scuole Adleriane e di un'Area Ricerca Permanente, pensata come pilastro strutturale per favorire il dialogo interdisciplinare e la ricerca scientifica umanista, intrecciando formazione e pensiero critico per coltivare una visione generativa del terapeuta come soggetto educante, capace di abitare la complessità e trasformarla in contributo sociale.

Parole chiave: ETICA, RESPONSABILITÀ, COMPLESSITÀ, CAMBIAMENTO, SENTIMENTO DI COMUNITÀ, METODO FORMATIVO, COLLEGIALITÀ FORMATIVA, CONDIVISIONE FORMATIVA, INTELLIGENZA ARTIFICIALE, SINODALITÀ, ATTITUDINE ALLA RICERCA

Introduzione

Riflettere sullo statuto formativo della Psicologia Individuale significa confrontarsi con una concezione dell'essere umano fondata su una visione etica dell'esistenza. Al cuore della sua architettura teorica, infatti, non vi è semplicemente la cura dei sintomi o il ripristino di un equilibrio psichico, bensì la promozione della persona nella sua totalità: come soggetto unico, relazionale e dotato di intenzionalità. Tale visione colloca la Psicologia Individuale tra gli approcci più radicalmente impegnati in una proposta umanistica e sociale della psicoterapia.

Adler, nel formulare il suo pensiero, ha posto l'accento sull'idea che ogni individuo tende alla realizzazione di un senso, di una meta privata che, per diventare realmente evolutiva, deve integrarsi nel sentimento sociale, ovvero nella capacità di appartenere, contribuire e co-creare all'interno di un tessuto umano condiviso.

Il processo terapeutico, come quello educativo e formativo, si configura così non come mera trasmissione di contenuti o rimozione di ostacoli, ma come attivazione di risorse generative che conducono la persona verso una realizzazione individuale capace di far evolvere anche la comunità di appartenenza.

Questa impostazione, così fortemente teleologica e generativa, si collega per necessità a un'etica dell'agire consapevole. La responsabilità individuale non è un valore aggiunto, ma una condizione intrinseca per attualizzare il potenziale umano. In questo senso, etica e responsabilità — pur concetti distinti — si intrecciano profondamente: l'etica definisce gli orizzonti valoriali, la responsabilità ne attua le traiettorie nell'agire concreto [1, 2, 3, 4, 5, 6].

I. L'urgenza formativa: leggere il presente per abitare il futuro

All'interno della prospettiva formativa, l'impegno adleriano si confronta oggi con una nuova complessità: i futuri psicologi e psicoterapeuti, così come i nostri pazienti e interlocutori, vivono immersi in un contesto socioculturale profondamente mutato, che impone una microanalisi attenta e non riduttiva.

Non si tratta di adeguarsi passivamente ai cambiamenti, ma di interpretarli criticamente per ridefinire le coordinate dell'intervento clinico ed educativo. Ecco perché appare urgente ricostruire una mappa sociologica dell'oggi, che tenga conto di almeno tre grandi problematiche interconnesse: antropologiche, culturali e politiche.

I. 1. Problematiche antropologiche

La società contemporanea vive un fenomeno diffuso di “disincarnazione”: l'esperienza umana tende a smaterializzarsi, a distaccarsi dalla corporeità e dalla presenza reale. Se un tempo l'esistenza si svolgeva gomito a gomito, oggi gli spazi relazionali si frammentano: studiare, fare acquisti, coltivare amicizie, persino sperimentare la sessualità - tutto può avvenire da remoto, attraverso dispositivi digitali che mediano e talvolta sostituiscono la presenza diretta. Questo processo, pur ricco di opportunità, comporta rischi importanti sul piano della costruzione identitaria, dell'empatia e del sentimento comunitario [8, 9, 10, 11].

Nel pensiero adleriano, l'essere umano non è mai concepito come una somma di funzioni separate, ma come unità biopsicosociale indivisibile. Il corpo non è solo veicolo della mente, ma parte attiva della relazione con il mondo, della costruzione del Sé e dell'evoluzione comunitaria. La mente, da sola, non genera identità: essa vive e prende forma solo in dialogo con il corpo, nella concretezza dell'agire e della presenza.

Per Alfred Adler, la salute non è mera assenza di sintomo, ma capacità di partecipare, contribuire e appartenere alla vita comune attraverso azioni incarnate, intenzionali e responsabili. È alla luce di questa visione che il fenomeno contemporaneo della “disincarnazione” assume un significato clinico e formativo particolarmente problematico.

Dalla presenza allo schermo: il corpo relegato

Studiare, comprare, comunicare, amare, persino curarsi... tutto oggi può avvenire a distanza, mediato da schermi, dispositivi e interfacce digitali che attutiscono la corporeità e ne riducono l'impatto. Questo passaggio non è neutro: priva la persona di quella dimensione fisica, gestuale, sensoriale e ritmica che contribuisce alla costruzione del Sé e alla percezione dell'altro come presenza viva. Nella nostra concezione adleriana ciò equivale a indebolire il sentimento sociale, quel senso di appartenenza empatica che nasce dal “vivere accanto all'altro”.

L'identità fluttuante e la dispersione del Sé

Privata del corpo come ancora identitaria, la persona rischia di costruire un Sé parziale, dissociato dalla realtà incarnata e affettiva. La meta privata si trasforma più facilmente in fuga dal mondo, in evasione narcisistica o in costruzione fragile di immagini virtuali. L'azione creativa e generativa che Adler vede come via di compensazione sana si blocca, perché manca il terreno concreto su cui poggiare.

Le relazioni diventano transazioni, evanescenti, il linguaggio si impoverisce, il simbolico perde spessore e l'alterità si riduce a funzione. Tutto ciò non è evidentemente privo di conseguenze in quanto genera senso di inferiorità ed evitamento, dato che la relazione e il corpo – dato che non esiste l'una senza l'altro – diventano luoghi scomodi.

L'empatia indebolita: sentire senza corpo

L'empatia, nella prospettiva adleriana, non è un'astrazione mentale: è co-sentire incarnato, è risonanza tra corpi che si incontrano, si osservano, si ascoltano.

La disincarnazione digitale ostacola questa risonanza, rendendo più difficile cogliere i segnali non verbali, i ritmi e i tempi dell'altro, la presenza silenziosa ma fondamentale del corpo. Questo indebolimento non riguarda solo la clinica, ma anche la formazione dei futuri terapeuti, che rischiano di apprendere relazioni mediate, prive di corporeità, distanti dalla sensibilità concreta del setting terapeutico.

Verso una risposta adleriana alla disincarnazione

La Psicologia Individuale, se vuole restare fedele alla sua vocazione etica e comunitaria, deve saper leggere criticamente questa tendenza e proporre strategie di riconnessione incarnata:

- Educare alla presenza corporea: valorizzare laboratori esperienziali, incontri in gruppo, tecniche corporee che restituiscano unità tra pensiero e corpo.
- Rifondare la relazione formativa: promuovere spazi che permettano l'incontro reale, lo scambio diretto, la costruzione del sentimento sociale tramite la prosimità.
- Resistere alla frammentazione: offrire modelli di cura e di formazione che non si limitino alla trasmissione cognitiva, ma attivino il Sé nella sua interezza.
- Restituire dignità al corpo: se il concetto di postumano è spesso associato alla visione secondo cui l'essere umano, per evolversi, deve trascendere il corpo, la Psicologia Individuale deve affermare con forza l'importanza di un umanesimo incarnato, che non teme i limiti dell'umano e quindi del corporeo, ma li riconosce e li valorizza come condizione generativa di senso, responsabilità e appartenenza.

I. 2. *Problematiche culturali*

La narrazione dominante del futuro è attraversata da un catastrofismo paralizzante: il collasso ecologico, il declino economico, la perdita di sicurezza sociale sono vissuti come profezie incombenti. Anche laddove tali visioni conservano un fondamento razionale, l'effetto collettivo che producono è spesso quello dell'ansia permanente e della sospensione della progettualità.

Molti giovani, bombardati da scenari apocalittici, finiscono per scegliere un nichilismo esistenziale, rifiutando l'impegno o rinunciando a desiderare. Il formatore non può ignorare questa cultura della rinuncia, ma deve interrogarsi su come riattivare il senso e il desiderio.

In un siffatto scenario, il compito formativo non può limitarsi alla trasmissione di competenze o alla rassicurazione razionale fine a sé stessa magari fondata sul mero apprendimento di tecnicismi. Non si cresce per adattamento o comunque non solo: Adler ha intuito che il nostro permanere nel mondo è guidato dalla tensione verso una meta: è il desiderio che rende il vivere un processo generativo e non meramente difensivo.

In questa prospettiva, il formatore deve diventare facilitatore di erotismo, intendendo l'eros nella sua accezione etimologica più profonda: eros è forza desiderante, è slancio verso la vita, verso la conoscenza, verso l'altro.

Facciamo qui riferimento ad un "erotismo esistenziale", un dinamismo interno che ci spinge a creare relazione e significato. Una mente senza desiderio è una mente che implode: produce pensieri sterili, circolari, non trasformativi. Allo stesso modo, un corpo senza eros è un corpo spento, che non vibra nel mondo, che non interagisce con l'ambiente né con la comunità.

È nella congiunzione tra eros e progettualità che si costruisce un'identità piena e orientata — quella che Adler chiamerebbe uno stile di vita generativo, capace di fronteggiare l'inferiorità e trasformarla in cooperazione e contributo. La Psicologia Individuale, con la sua visione profondamente generativa dell'umano, ci invita a coltivare il desiderio come origine del movimento, come principio di relazione, come etica della cura.

I. 3. *Problematiche politiche*

I grandi temi sociali si articolano oggi intorno alla rivendicazione di diritti nuovi e complessi: diritto alla genitorialità, diritto all'autodeterminazione di genere, diritto alla morte volontaria. Tali aspirazioni riflettono istanze soggettive profonde, ma pongono anche interrogativi sul confine tra desiderio individuale e diritto universale.

Non ogni aspirazione può o deve tradursi in un diritto soggettivo assoluto, e non ogni diritto soggettivo può essere elevato a rango di diritto fondamentale. Il compito formativo è dunque anche pedagogico: educare al discernimento etico, alla responsabilità nella costruzione del vivere collettivo.

La Psicologia Individuale, con la sua visione fortemente teleologica e relazionale, ci offre strumenti preziosi per riflettere su questa complessità. Per Adler, l'individuo non cresce isolato, ma in costante tensione tra la propria meta privata e il sentimento sociale. Una tensione dinamica che, se ben orientata, genera sviluppo. Ma se distorta o assolutizzata, rischia di trasformarsi in compensazione narcisistica o in rivendicazione disfunzionale.

In ottica adleriana, il desiderio è una forza generativa che muove il Sé verso la realizzazione. Tuttavia, non ogni desiderio può, o deve, elevarsi a diritto normativo. La libertà individuale, per Adler, è sempre inscritta in una cornice di interdipendenza e corresponsabilità sociale.

Il passaggio da istanza soggettiva a rivendicazione collettiva implica dunque un esercizio di discernimento etico: qual è il valore del desiderio? Quali conseguenze ha sulla persona, sulla famiglia, e più in generale sulla comunità? Come si integra nel sentimento sociale?

Questo discernimento richiede formazione pedagogica, non solo tecnica. I terapeuti e gli educatori devono saper ascoltare il desiderio, ma anche interrogarsi su di esso, contestualizzarlo, problematizzarlo, non per censurarlo, ma per orientarlo, affinché la libertà non si traduca in solitudine rivendicativa, ma in contributo trasformativo [12, 14, 19].

II. *Verso una prospettiva futura condivisa*

All'interno di questo scenario, la Psicologia Individuale non può accontentarsi di essere portatrice di una tradizione teorica consolidata.

Deve invece diventare spazio di innovazione formativa e di pensiero critico. In quest'ottica, si propongono due iniziative strategiche che possano dare struttura e continuità a questo impegno: un sinodo ed aree di ricerca permanenti.

Sinodo Permanente delle Scuole Adleriane

Nel suo significato etimologico di “camminare insieme”, il sinodo si configura come la forma più idonea per istituire uno spazio stabile di confronto tra le diverse Scuole Adleriane. L'intento non è quello di omologare i modelli teorico-clinici, bensì di promuovere un dialogo tra le rispettive specificità, al fine di elaborare progettualità condivise che valorizzino la pluralità metodologica e la convergenza valoriale. In tal senso, il Sinodo potrebbe articolarsi in tavoli tematici, assemblee annuali, forum permanenti e produzioni comuni, costituendo un dispositivo dinamico e plurivocale con le seguenti finalità principali:

- Costruire uno spazio di confronto identitario e metodologico, attraverso incontri plenari tra le Scuole, finalizzati alla definizione di un piano di lavoro annuale. Tali incontri potrebbero dare origine a gruppi di lavoro stabili su aree di interesse condiviso, quali la formazione, la ricerca, la pratica clinica, le tendenze emergenti e le costellazioni culturali attuali.
- Favorire la convergenza su valori comuni, salvaguardando al contempo la pluralità degli approcci. In questa direzione, si propone l'istituzione di un “gruppo riflessivo” composto da analisti didatti, con una funzione attiva e orientativa rispetto alla missione del Sinodo e alla coerenza valoriale delle sue iniziative.
- Elaborare strategie educative e cliniche condivise, capaci di rispondere in modo critico e creativo ai mutamenti socioculturali in atto [18, 22].

Tra i temi chiave da approfondire vi sono certamente la ridefinizione della figura del terapeuta come soggetto etico-sociale, consapevole della propria responsabilità trasformativa nei contesti relazionali e comunitari, l'educazione alla complessità e alla gestione del disorientamento contemporaneo, intesa come competenza trasversale da promuovere nei percorsi formativi e nei dispositivi clinici, ed anche l'integrazione delle prospettive cliniche con le istanze sociopolitiche, nella consapevolezza che ogni intervento psicologico si colloca all'interno di cornici culturali e istituzionali che ne condizionano senso, efficacia e portata trasformativa.

Area Ricerca Permanente

La ricerca non può più essere un segmento accessorio dell'attività formativa. Deve diventare pilastro strutturale. L'istituzione di un'area stabile dedicata alla produzione teorica, clinica, sociale e pedagogica permetterebbe di raccogliere riflessioni, analisi e proposte che alimentino il corpo vivo della Psicologia Individuale.

Con l'obiettivo di pubblicare, divulgare e condividere, questa area potrebbe promuovere studi teorici, clinici e sociologici in ottica adleriana, anche tornando ai testi di Alfred Adler: non è solo un gesto di recupero storiografico, ma un atto formativo e

filosofico essenziale per chiunque voglia comprendere davvero l'anima del suo pensiero, ma al tempo stesso favorire l'incontro con altre prospettive concettualmente ed epistemologicamente non in contrasto con la Psicologia individuale, attivando quindi un dialogo tra la prospettiva adleriana e altre visioni teoriche per amplificare la capacità del pensiero clinico di leggere la complessità del mondo psichico con una comprensione più profonda e integrata dell'essere umano in relazione [19].

Valori epistemologici condivisi e prospettive di ricerca nel Sinodo delle Scuole Adleriane

Alla base di un possibile Sinodo tra le Scuole Adleriane si colloca la condivisione di alcuni valori epistemologici fondamentali, che orientano la ricerca, la prassi clinica e la formazione. Tali valori non costituiscono un vincolo uniformante, bensì un terreno comune da cui partire per articolare differenze feconde e convergenze progettuali.

1. Scientificità umanista

La tradizione adleriana si distingue per una concezione della scientificità che integra rigore metodologico e responsabilità etica. La ricerca non è concepita come un esercizio neutro o tecnicistico, ma come un'attività intrinsecamente orientata alla comprensione e alla trasformazione dei contesti umani. In questa prospettiva, la scientificità si coniuga con una visione umanista, attenta alle dimensioni relazionali, sociali e culturali dell'esperienza.

L'individuo è considerato nella sua totalità dinamica, come soggetto intenzionale e situato, e ogni indagine teorica o empirica è chiamata a riflettere criticamente sulle proprie implicazioni valoriali.

2. Dialogo intermodale

Un secondo valore fondante è l'apertura al dialogo con altri modelli psicologici e con discipline affini, quali la filosofia, la sociologia, l'antropologia, le neuroscienze e le arti. L'approccio adleriano, per sua natura euristica e sistemica, si presta a una contaminazione feconda con saperi eterogenei, nella convinzione che la complessità dell'esperienza umana richieda strumenti interpretativi plurali. Il dialogo intermodale non implica una fusione indistinta, ma un confronto critico e creativo, capace di generare nuove sintesi teoriche e nuove pratiche trasformative.

3. Accessibilità e pluralismo

Infine, il Sinodo si fonda su un principio di accessibilità epistemica e pluralismo delle voci. La produzione di sapere non è riservata a un'élite accademica, ma si nutre del contributo di terapeuti, formatori, pazienti e altri attori coinvolti nei processi educativi e clinici.

Si tratta di riconoscere la legittimità di saperi situati, esperienziali e narrativi, valorizzando la molteplicità delle prospettive come risorsa epistemologica. In questo senso, il Sinodo si configura come uno spazio democratico di co-costruzione del sapere, in cui le differenze diventano occasione di apprendimento reciproco.

III. *Conclusione: una formazione che genera futuro*

Concludere oggi una riflessione sulla formazione in Psicologia Individuale significa interrogarsi non solo sul nostro modo di formare, ma anche sul nostro modo di concepire l'essere umano e la civiltà che vogliamo contribuire a costruire: non è un compito neutro né tecnico, al contrario è un atto profondamente politico e poetico, dove ogni gesto formativo diventa una scelta di campo.

Se, come dichiara Edgar Morin *“L'umano va a rotoli, il semplicismo trionfa, la complessità regredisce, soprattutto trionfa la guerra mondializzata mentre l'umanità corre verso l'abisso”*, la tradizione adleriana, con la sua propensione teleologica e il suo fondamento etico, ci richiama costantemente alla necessità di pensare l'analista non come semplice professionista, ma come soggetto educante, testimone attivo di una visione del mondo basata sulla cooperazione, sul sentimento sociale e sull'intenzionalità creativa.

In tempi segnati da frammentazioni epistemologiche e da accelerazioni tecnologiche, il pensiero di Adler ci invita a resistere alla disincarnazione, a rivalutare la relazione come spazio trasformativo, e a riconoscere il corpo e il desiderio come radici della vitalità umana. Formare, oggi, non può significare solo “insegnare tecniche”, ma riaccendere il movimento desiderante, abitare la complessità, educare all'incontro, anche là dove la vulnerabilità si fa più evidente.

Se vogliamo che la Psicologia Individuale continui ad essere una proposta di civiltà, dobbiamo tornare ai suoi testi originari, alle sue domande radicali e alla sua fiducia nella creatività del Sé, dobbiamo avere il coraggio di dialogare con altri paradigmi, non per smarrire la nostra identità, ma per rinforzare la nostra capacità di leggere il presente con occhi aperti e coscienza vigile.

In conclusione, il compito dell'analista didatta non è solo quello di formare terapeuti, ma di formare pensatori e cittadini capaci di assumere la responsabilità di *far evolvere l'umano*: è proprio in quel movimento generativo tra conoscenza e trasformazione, tra pedagogia e clinica, che la Psicologia Individuale può ritrovare tutta la sua forza - come paradigma vivo, come linguaggio per pensare insieme, come stile per restituire all'educazione la sua dimensione etica, incarnata e comunitaria.

Bibliografia

1. AA. VV. (2018), Contagi relazionali: emozioni, comportamenti, culture in Psicologia Individuale, *Atti del XXVII Congr. Naz. S.I.P.I.*, Brescia.
2. ADLER, A. (1908), Der Aggressionstrieb im Leben und in der Neurose, *Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie*, 1: 132–147, tr. it., La pulsione aggressiva nella vita e nella nevrosi, *Riv. Psicol. Indiv.*, 59: 7–15.
3. ADLER, A. (1920), *Praxis und Theorie der Individualpsychologie. Vorträge zur Einführung in die Psychotherapie für Ärzte, Psychologen und Lehrer*, J. F. Bergmann, München-Wiesbaden, tr. it. *La Psicologia Individuale*, Newton Compton, Roma 1970; nuova edizione a cura di MARASCO, E. E., MARASCO, L., *Prassi e Teoria della Psicologia Individuale*, Mimesis, Milano-Udine 2025.
4. ADLER, A. (1927), *Menschenkenntnis*, tr. it., *La conoscenza dell'uomo nella Psicologia Individuale*, Newton Compton, Roma 1994.
5. ADLER, A., MACHT, K. (1928), *Die Kunst, eine Lebens- und Krankengeschichte zu lesen*, tr. it., *L'arte di leggere una vita. Storia di una malattia*, a cura di MARASCO, E. E., MARASCO, L., postfazione di ROVERA, G. G., Mimesis, Milano-Udine 2019.
6. ADLER, A. (1929), *Individualpsychologie in der Schule*, tr. it., *La Psicologia Individuale nella Scuola*, Newton Compton, Roma 1993.
7. BRUSCAGLIONI, M. (2005), *Per una formazione vitalizzante*, FrancoAngeli, Milano.
8. CALVINO, I. (1988), *Lezioni americane. Sei proposte per il prossimo Millennio*, Garzanti, Milano.
9. CERUTTI, M. (2018), *Il tempo della complessità*, Raffaello Cortina, Milano.
10. CERUTTI, M., BELLUSCI, F. (2020), *Abitare la complessità*, Mimesis, Milano-Udine.
11. DOMINICI, P. (2024), *Oltre i cigni neri*, FrancoAngeli, Milano.
12. FASSINO, S., FERRERO, A. (2019), Brevi considerazioni a proposito del cambiamento in psicoterapia, *Riv. Psicol. Indiv.*, 85: 107-111.
13. GHIDONI, C. (1998), La metodologia, l'organizzazione e l'ideologia nell'istituzione. Rischio di un inconsapevole fallimento terapeutico? In *Atti VII Congresso Nazionale S.I.P.I.*, Torino 23-24 ottobre 1998, "Il complesso di inferiorità della psicoterapia".
14. GHIDONI, C. (2004), L'adlerismo come contributo per un'etica alle grandi sfide del terzo millennio, in ROVERA, G. G., et Alti, *La ricerca in Psicologia Individuale. Contributi teorici, metodologici e pratici*, CSE, Torino.
15. GINOT, E. (2015), *The Neuropsychology of the Unconscious. Integrating Brain and Mind in Psychotherapy*, tr. it., *Neuropsicologia dell'inconscio. Integrare mente e cervello nella psicoterapia*, Raffaello Cortina, Milano 2017.

16. MARASCO, E. E., MARASCO, L. (2005), *Lezioni di Psicologia Individuale di Francesco Parenti*, Quaderni della Rivista di Psicologia Individuale, Milano.
17. MARASCO, E. E., MARASCO, L. (2011), *Veteris vestigia flammae*; La psicologia di Kant nel pensiero adleriano, *XXV International Congress of Individual Psychology*, Vienna, July 14-17, *Riv. Psicol. Indiv.*, 75 supplemento: 104-114.
18. MONTEDORO, C. (2015, a cura di), *Apprendimento di competenze strategiche. L'innovazione dei processi formativi nella società della conoscenza*, FrancoAngeli, Milano.
19. MOREN, E. (1999), *Les sept savoirs nécessaires à l'éducation du futur*, tr. it. *I sette saperi necessari all'educazione del futuro*, Raffaello Cortina, Milano 2001.
20. MORTARI, L. (2024), *Emozioni e virtù. Educazione affettiva, educazione etica*, Raffaello Cortina, Milano.
21. PRETA, L. (2020, a cura di), *Prendersi cura*, Alpes Italia, Roma.
22. REMOTTI, F. (2019), *Somiglianze. Una via per la convivenza*, Laterza, Bari.
23. ROVERA, G. G. (1979), Il sistema aperto della Individual-Psicologia, *Quad. Riv. Psicol. Indiv.*, n. 4.
24. STERN, D. N., and THE BOSTON CHANGE PROCESS STUDY GROUP (2012), *Change in Psychotherapy: A Unifying Paradigm*, tr. it., *Il cambiamento in psicoterapia. Un nuovo paradigma unificante*, Raffaello Cortina, Milano 2015.

Adolescenti allo specchio: percezione di sé e costruzione dell'identità nell'era della fluidità. Riflessioni sugli esiti di un'indagine sul territorio

GIAN SANDRO LERDA, VERONICA LO SAPIO, LUCA BURDISO

Summary – ADOLESCENTS IN THE MIRROR: SELF-PERCEPTION AND IDENTITY CONSTRUCTION IN THE ERA OF FLUIDITY. REFLECTIONS ON THE FINDINGS OF A LOCAL SURVEY. The construction of identity has always represented one of the main developmental challenges, and it primarily concerns adolescence. Clinical experiences and prevention activities carried out by the Institute of Individual Psychology in the Piedmont region have highlighted-consistent with national and international literature-significant changes not only for the most recent and alarming forms of psychological distress, but also in the physiological processes of growth, which now present new and often disorienting modes, trajectories, and reference parameters. The paradigm of “solidity,” understood as an indicator of strength and harmony of personality and as a goal of developmental processes, is being called into question in the current sociocultural context, marked by “variability” and “liquidity.” The process of identity formation-traditionally oriented toward structuring, defining, stabilizing, and maintaining continuity of the Self-now seems to move on a more fluid ground, one that fosters multiple forms of mirroring and is characterized by broadened horizons, wide-ranging self-experimentation, a plurality of reference models, and an overabundance of stimuli. Within this context, the boundary between creative self-expression and the risk of dispersion, confusion, disorientation, or isolation-stemming from the fear of confronting an overly complex reality-becomes tenuous. To investigate this phenomenon further, the authors developed and administered the questionnaire “Who am I? Generation Z and Identity Construction” to 3,230 adolescents aged 14 to 20. The questionnaire aimed to explore self-image, relationships with others, identification models, core values, and other dimensions constitutive of identity, starting from the narratives young people provide about themselves. In light of Individual Psychological theory, the findings and reflections emerging from the study will be presented. Particularly noteworthy is the construct of “fragility”, which surfaced from the collected data and is compared with the way adults tend to represent adolescence.

Keywords: ADOLESCENCE, IDENTITY, FLUIDITY, SELF-PERCEPTION, FRAGILITY

Abstract – ADOLESCENTI ALLO SPECCHIO: PERCEZIONE DI SÉ E COSTRUZIONE DELL'IDENTITÀ NELL'ERA DELLA FLUIDITÀ. RIFLESSIONI SUGLI ESITI DI UN'INDAGINE SUL TERRITORIO. Da sempre la costruzione dell'identità rappresenta una delle principali sfide evolutive ed interessa in maniera prioritaria l'età adolescenziale. Le esperienze cliniche e le attività di prevenzione condotte dall'Istituto di Psicologia Individuale sul territorio piemontese hanno evidenziato, in accordo con la letteratura nazionale e internazionale, cambiamenti significativi non solo sul piano delle più recenti e allarmanti forme di disturbo psicologico, ma anche relativamente ai fisiologici processi di crescita, che presentano modalità, traiettorie e parametri di riferimento nuovi e spesso spiazzanti. Il paradigma della “solidità”, come indicatore di forza e armonia della personalità e obiettivo dei processi di crescita, viene messo in

discussione nel contesto socioculturale attuale, connotato da “variabilità” e “liquidità”. Il processo di costruzione dell'identità tradizionalmente orientato nella direzione della strutturazione, definizione, stabilità e continuità del Sé, pare oggi muoversi su un terreno più fluido, promotore di molteplici rispecchiamenti e caratterizzato da orizzonti allargati, sperimentazione di sé ad ampio raggio, pluralità dei modelli di riferimento, sovrabbondanza di stimoli, dove è labile il confine tra la creativa espressione di sé e il rischio della dispersione, della confusione, del disorientamento o dell'isolamento per paura di affrontare una realtà troppo complessa. Allo scopo di approfondire tale fenomeno, gli autori hanno messo a punto e somministrato a 3230 adolescenti tra i 14 e i 20 anni il questionario “Chi sono? Generazione Z e costruzione dell'identità”, finalizzato ad indagare l'immagine di sé, il rapporto con gli altri, i modelli di identificazione, i valori di riferimento e altre dimensioni costitutive dell'identità, a partire dalla narrazione che i giovani propongono di sé. Alla luce della teoria Individual Psicologica, verranno presentati gli esiti e le riflessioni derivanti dall'indagine: di particolare interesse il costrutto di “fragilità” emerso dai dati raccolti, raffrontato con la rappresentazione che gli adulti hanno dell'adolescenza.

Parole chiave: ADOLESCENZA, IDENTITÀ, FLUIDITÀ, PERCEZIONE DI SÉ, FRAGILITÀ

Il presente contributo intende proporre un resoconto sintetico e alcune riflessioni a partire da un'indagine svolta sul territorio piemontese dall'Istituto di Psicologia Individuale (IPI) “Alfred Adler” sul tema della percezione di sé e dei processi di costruzione dell'identità in adolescenza oggi.

Prima di inoltrarci nel vivo della disamina, lasciamoci suggestionare dalle parole di una canzone di Niccolò Fabi intitolata “Io sono l'altro”:

*Io sono l'altro
Puoi trovarmi nello specchio
La tua immagine riflessa
Il contrario di te stesso*

Un'immagine particolarmente efficace, oltre che poetica, che ci rimanda al concetto di identità personale, inscindibilmente correlata, nella sua genesi e nelle sue trasformazioni, alla relazione con l'altro, attraverso processi di rispecchiamento e di riconoscimento, dove l'individuo si definisce in quanto distinto, ma al contempo si scopre profondamente interconnesso con gli altri, ritrovando *dentro* di sé *l'altro* da sé.

Lo stesso Niccolò Fabi, a commento di questa canzone, aggiunge: “Che si parta dalla mistica o dalla fisica quantistica si arriva sempre alla conclusione che l'altro è imprescindibile nella nostra vita e che siamo solo particelle di un tutto insondabile” [7], pensiero che riecheggia quello di Federico Faggin, fisico, ingegnere elettronico, inventore del primo microprocessore, da anni anche promotore di riflessioni umanistiche ed esistenziali sul tema della coscienza individuale e collettiva, supportate dai principi della fisica quantistica. Nel suo ultimo libro [8] afferma che l'identità individuale non è separata dal tutto, ma è “un'espressione locale di una coscienza universale”.

Sono evidenti le assonanze con la visione dell'uomo promossa dalla Psicologia Individuale, dove la realtà dell'individuo, come entità unica e irripetibile, risulta intrecciata in maniera inscindibile con la dimensione comunitaria [2], all'interno della quale l'identità prende forma.

E, in quest'alveo, incontriamo il pensiero di Lino G. Grandi che ha presentato in vari scritti il concetto di *persona* come un'unità che tiene insieme la singolarità dell'individuo e la dimensione collettiva, universale, nella relazione con gli altri [10]. La persona porta in sé una unicità irripetibile, che è la sua esperienza soggettiva, la sua storia, il suo sentire profondo, ma, al contempo, è sempre in dialogo con ciò che trascende il singolo: la dimensione simbolica, culturale, etica e spirituale che accomuna tutti gli esseri umani.

All'interno di questa visione dell'uomo che ispira il nostro essere psicoterapeuti, ci siamo posti alcune domande nate non solo da riflessioni teoriche, ma soprattutto dalla nostra esperienza di psicoterapeuti e analisti che incontrano quotidianamente adolescenti e famiglie, sia nell'ambito dell'attività clinica in studio, sia in diversi interventi di psicologia di comunità sul territorio, che l'IPI promuove in collaborazione con i servizi socio-assistenziali, gli istituti scolastici e vari enti che si occupano di salute ed educazione.

A questo proposito, per inciso, sottolineiamo una nostra convinzione: mai come oggi, riteniamo importante che lo psicoterapeuta adleriano sia attivo non solo nell'ambito della diagnosi e cura dei disagi e dei disturbi psichici, ma anche, e osiamo dire, soprattutto, nella prevenzione, nella formazione, nel sostegno alle buone pratiche educative e di igiene mentale, contribuendo a rafforzare le reti sociali e il ruolo della comunità nei percorsi di crescita attraverso azioni sul territorio, in coerenza con il pensiero individual-psicologico e con l'esempio che Adler stesso diede nella Vienna degli anni 20 del secolo scorso, con l'istituzione pionieristica dei Centri di Consulenza psicologica ed educativa [1], ancora adesso grande fonte di ispirazione per tutti noi.

Avendo, dunque, come focus le dimensioni dell'identità personale (in particolare i processi di costruzione dell'identità) e del contesto socioculturale di riferimento, abbiamo riscontrato, negli ultimi anni, cambiamenti significativi non solo sul piano dell'incremento di allarmanti forme di disturbo psicologico in età evolutiva, ma anche relativamente ai fisiologici processi di crescita, che presentano oggi modalità, traiettorie e parametri di riferimento nuovi e spesso spiazzanti.

Sappiamo che la costruzione dell'identità rappresenta una delle principali sfide evolutive ed interessa in maniera particolare l'età adolescenziale, un'età di grandi trasformazioni dal punto di vista corporeo, cognitivo, emotivo, sociale e dunque di ricerca, di definizione di sé. Secondo Erikson [6] il conflitto tra identità e confusione di identità rappresenta lo snodo cruciale della fase adolescenziale.

I ragazzi che affrontano adeguatamente questo compito raggiungono una condizione di realizzazione dell'identità, combinando e integrando le identificazioni precedenti in una forma unica e personale. Al contrario, i giovani che non riescono in questo compito rimangono in uno stato di confusione identitaria, dispersione, senso di incoerenza, che non consente loro di trovare una direzione nel processo evolutivo.

Tradizionalmente, la costruzione dell'identità è stata concepita come un processo evolutivo che muove da una condizione iniziale indifferenziata, caotica e indefinita verso una configurazione progressivamente più differenziata, organizzata e integrata, caratterizzata da stabilità, coerenza, orientamento e continuità, considerate le qualità costitutive dell'identità stessa [11].

In linea con più recenti riflessioni e teorizzazioni sul tema dell'identità [5], ci domandiamo: come si svolge questo processo oggi su un terreno caratterizzato, per dirla con Bauman [3], da *liquidità*, fluidità, variabilità, mutevolezza, instabilità, ma anche complessità, orizzonti di esperienza decisamente più ampi, molteplici possibilità, pluralità dei modelli di riferimento, rapide evoluzioni tecnologiche e culturali, sovrabbondanza di stimoli, diversa definizione dei limiti?

Questo scenario può consentire, da un lato, una più libera ed ampia espressione e realizzazione di sé, un arricchimento, un potenziamento, un'uscita da schemi rigidi di troppo vincolanti o addirittura castranti, ma allo stesso tempo contiene il rischio della confusione, della dispersione, del disorientamento, della carenza di riferimenti stabili e coerenti, della mancanza di una direzione, quindi dell'ansia, del permanere nell'indefinito o del chiudersi nell'isolamento per paura di affrontare una realtà troppo complessa.

Come incide sulla costruzione dell'identità il senso di precarietà, instabilità, incertezza, che pervade anche le relazioni affettive e sociali, rendendole spesso fragili, superficiali, temporanee, narcisistiche? Come vivono gli adolescenti questi nuovi scenari e come si percepiscono in questo campo di forze? Come si orientano verso il futuro e quali mete perseguono?

Aggiungiamo un ulteriore aspetto che ha stimolato le nostre riflessioni, di cui parla anche Miguel Benasayag in diversi suoi scritti: la difficoltà tipica dei nostri tempi di *abitare l'incertezza*. Dal libro *Funzionare o esistere* [4] leggiamo: "La minaccia all'orizzonte ci impone di funzionare, poiché l'avvenire ci inquieta [...] Occorre agire in modo da non dover attendere che l'avvenire avvenga. Vorremmo poter sapere, prevedere, prepararci ad affrontarlo: ci abbeveriamo alle teorie e ai racconti deterministici: che sollievo se i giochi fossero già fatti, per sempre! [...] Se solo potessimo evitare questa angoscia: l'angoscia esistenziale che è però proprio ciò che ci fa sentire vivi e ci rivela che la vita deve la sua stabilità esattamente al fatto di essere, a tutti i livelli, un sistema lontano dall'equilibrio".

Parole che fanno riflettere e che descrivono una fatica che riscontriamo anche tra gli adolescenti: sostare nell'incertezza, accettare l'attesa, l'errore, la lentezza del divenire. Nella cultura della performance, non c'è tempo per imparare, non c'è tempo per capire, non è data la possibilità di sbagliare e riprovare: bisogna già sapere, già essere pronti, già riuscire! Quale spazio hanno ancora il desiderio, la creatività, la spinta ad un graduale miglioramento di sé attraverso l'esperienza che prende le mosse dall'accettazione dei propri limiti?

Nel porci queste domande, che riteniamo indispensabili per poter lavorare con gli adolescenti e le loro famiglie, e al fine di incrementare riflessioni interdisciplinari da cui sviluppare strumenti e strategie, abbiamo ritenuto utile raccogliere anche il punto di vista dei ragazzi, interpellare direttamente loro circa ciò che vivono e come si percepiscono in questa fase della loro vita, oggi.

Oltre a ciò che registriamo quotidianamente nelle nostre attività di psicoterapeuti e psicologi di comunità, abbiamo messo a punto nel 2023 e somministrato un questionario dal titolo "Chi sono? Generazione Z e costruzione dell'identità", al fine raccogliere ulteriori dati in maniera più focalizzata, sistematizzata e su una popolazione più estesa.

Il questionario ha voluto indagare la percezione che gli adolescenti del territorio, in cui si è svolta l'indagine, hanno di sé e della propria identità in evoluzione, approfondendo alcune aree relative all'immagine di sé, alla percezione dei cambiamenti in corso, al rapporto con gli altri (adulti e coetanei), ai modelli di identificazione e ai valori di riferimento, alla percezione di sé nel futuro, ecc.

In questa sede non ci addentreremo nella grande quantità dei dati raccolti e nei numerosi aspetti emersi dall'analisi degli stessi, ma ci soffermeremo su alcuni elementi che riteniamo particolarmente significativi.

Si precisa che il questionario è stato somministrato a una popolazione numericamente consistente, ma circoscritta ad uno specifico ambito territoriale. In considerazione della tematica affrontata, il contesto di riferimento assume un ruolo centrale e introduce variabili rilevanti che rendono i dati emersi non estendibili ad altri contesti.

Tale aspetto non costituisce un limite in senso stretto, ma riflette la natura stessa dell'iniziativa, pensata come uno strumento di ascolto e analisi del territorio. L'obiettivo era infatti quello di raccogliere contributi, percezioni ed esperienze dei giovani del contesto in cui il nostro Istituto opera stabilmente, al fine di acquisire ulteriori elementi conoscitivi utili ad alimentare processi di riflessione condivisa e di confronto con i diversi interlocutori della comunità educante, attraverso momenti strutturati di restituzione, formazione e co-progettazione.

La popolazione interpellata era costituita da 3220 adolescenti del territorio di Cuneo e provincia, dai 14 ai 20 anni, frequentanti quattro Istituti di Istruzione Superiore. Il questionario era articolato in 45 domande, la maggior parte delle quali prevedevano una risposta su scala Likert a 5 punti (per niente, poco, abbastanza, molto, moltissimo), mentre alcune richiedevano una risposta aperta.

Un primo gruppo di domande erano volte ad esplorare la percezione che i ragazzi hanno di se stessi.

Riportiamo di seguito una panoramica delle risposte date in quest'area. All'affermazione "Mi sento fragile", il 25% della popolazione ha dichiarato di sentirsi *molto* e *moltissimo* fragile (punteggi 4 e 5), mentre, se includiamo anche coloro che si sentono *abbastanza* fragili (punteggio 3), questa percentuale sale al 49%.

Analogamente, considerando le risposte con intensità 3, 4 e 5, la percezione di "confusione" si attesta intorno al 46,1%, e il 19,5% dei ragazzi si considera "molto confuso" (punteggio 4 e 5).

Per quanto riguarda la dimensione della "sicurezza", il 26,9% si percepisce per *niente* o *poco* sicuro.

Il 57% dichiara di cambiare spesso idea su di sé e il 31,5% *molto* spesso. Inoltre il 47,2% ritiene *molto* vera l'affermazione "Cambio spesso umore".

Questi ed altri dati emersi, inerenti al senso di fragilità, confusione, insicurezza, discontinuità nella percezione di sé e instabilità, presentano profonde analogie con le caratteristiche del contesto socioculturale attuale, così come descritto nelle premesse.

Una serie di altri dati sono risultati interessanti ai fini della nostra indagine: il 30,4% della popolazione interpellata risponde per *niente* o *poco* all'affermazione "Mi accetto come sono"; alla voce "So che cosa voglio", il 24,2% afferma di non saperlo *per nulla* o *poco*.

Il 22,4% dichiara che "la persona che sono assomiglia alla persona che vorrei essere" *per niente* o *poco*; il 44,2% afferma di sentire il "bisogno di aver chiaro chi sono".

Questi elementi, insieme ai dati precedentemente evidenziati circa la continuità della percezione di sé e la stabilità dell'umore, richiamano alla problematica identitaria e, in particolare, a vissuti di inadeguatezza rispetto all'ideale di sé, a debole accettazione di sé e al bisogno di definirsi.

Accanto alla percezione di fragilità (termine molto utilizzato oggi per descrivere gli adolescenti) emergono dunque connotazioni che richiamano al senso di instabilità, precarietà, discontinuità, confusione tipiche del contesto di oggi e alla debolezza identitaria, in particolar modo nelle dimensioni dell'accettazione di sé, dell'integrazione e del confronto con le aspettative e le possibilità di realizzazione.

Nella percezione della fragilità emergono differenze significative tra maschi e femmine. Tra i soggetti che si definiscono molto o moltissimo fragili, il 65% è femmina, solo il 33% è maschio. Potremmo ipotizzare che le ragazze abbiano una maggiore tendenza a riconoscere ed accogliere sentimenti di fragilità rispetto ai ragazzi. Questo dato potrebbe essere particolarmente influenzato da aspetti culturali, sociali e aspettative di genere.

La percezione di fragilità tende a non modificarsi significativamente con il variare dell'età, sebbene vi sia un leggero incremento nella fascia 17-18 anni. È opportuno tenere presente che a questa età i ragazzi attraversano una fase di transizione critica verso l'età adulta: si trovano spesso di fronte a decisioni cruciali per il loro futuro, come la scelta dell'università, il percorso di carriera o l'ingresso nel mondo del lavoro.

Questo periodo può essere caratterizzato da incertezze riguardo la propria capacità di gestire le responsabilità e le relazioni interpersonali più complesse. Le aspettative elevate e le pressioni associate a queste decisioni potrebbero aumentare la percezione di fragilità e la vulnerabilità emotiva.

A fronte di questi dati che possono destare preoccupazioni sulla salute psicologica dei ragazzi e confermano l'influenza dei fattori di contesto nella percezione di sé e nei processi di definizione identitaria, vi sono tuttavia anche elementi incoraggianti che aprono varchi di speranza ed evidenziano strade da perseguire a sostegno dei processi di crescita.

Un'alta percentuale degli adolescenti intervistati (81%) dichiara di avere *valori* in cui crede; interrogati su quali siano tali valori, spontaneamente riferiscono essere, nell'ordine: l'amicizia, il rispetto, la famiglia, l'amore e la lealtà. Questo dato evidenzia come alcuni riferimenti valoriali "tradizionali" continuino ad essere considerati fondamentali dai ragazzi; significativo anche il fatto che abbiano tutti una connotazione relazionale e possano quindi sostenere lo sviluppo del sentimento sociale.

Nonostante, dunque, i profondi cambiamenti sociali e culturali dell'epoca in cui viviamo, alcuni valori rimangono costanti: essi probabilmente soddisfano bisogni umani universali di relazione, appartenenza e benessere personale e sociale.

Questi dati suggeriscono, contrariamente al pregiudizio che descrive gli adolescenti come superficiali e non riflessivi, una profondità nel loro orientamento etico.

È ovvio che il citare questi valori di riferimento non significa che essi si incarnino con coerenza e costanza nello stile di vita dei ragazzi, ma è comunque rilevante il fatto che abitino il loro spazio mentale e ancora costituiscano qualcosa a cui riferirsi nel processo di costruzione di sé.

Sul tema dei valori, è interessante anche osservare cosa avviene nelle diverse fasce di età. Gli adolescenti dai 17 anni in su mostrano una percentuale più elevata di risposte positive riguardo ai valori in cui credono rispetto ai ragazzi tra i 14 e i 16 anni. Al contempo, in quest'ultima fascia di età, una percentuale maggiore di adolescenti dichiara di non sapere se ha dei valori di riferimento, mentre questa percentuale si riduce nei ragazzi di 17-18 anni.

Tali differenze potrebbero riflettere un processo di maturazione cognitiva e identitaria che si sviluppa nel corso degli anni, con un incremento della capacità di riflettere su questioni più complesse e profonde, aventi implicazioni morali e relazionali.

Altro aspetto significativo emerso dai dati è l'identificare, in maniera molto netta, i *genitori* come principali *figure di riferimento*. La domanda è stata posta prima con risposta aperta, chiedendo di indicare liberamente tre personaggi reali o immaginari di riferimento, poi con risposta chiusa, scegliendo tre preferenze in una lista di persone reali di riferimento (i miei genitori, il mio ragazzo o la mia ragazza, altri adulti, i miei contatti online, i miei parenti, i miei amici, me stesso, altro).

In entrambi i casi i genitori, con prevalenza della figura materna, ottengono una percentuale di preferenza decisamente alta (47,1% nella domanda aperta che diventa 54,8% se aggiungiamo fratelli e sorelle; 35,8% nella domanda chiusa) e superiore rispetto ad altre figure (Ronaldo al secondo posto nella domanda aperta con il 9,4%; gli amici nella domanda chiusa con il 30,7%).

Questi dati evidenziano la pregnanza della famiglia, anche quando la parola "personaggi" nella domanda aperta avrebbe consentito di far riferimento ad altre tipologie di soggetti ritenute oggi influenti (personaggi famosi, influencer, personaggi immaginari). Ciò potrebbe indicare un contesto familiare che "tiene", a cui ancora i ragazzi fanno riferimento e che ancora può fungere da modello nei percorsi di definizione identitaria. Anche la preferenza elevata della voce *amici* nella domanda a risposta multipla evidenzia una fisiologica e sana apertura alle relazioni tra pari.

A questo proposito, un altro dato interessante è che l'89,5% dei ragazzi afferma di avere un gruppo di riferimento e la maggior parte di loro percepisce le proprie relazioni amicali come durature nel tempo, attribuendo a queste un valore positivo e stabilizzante. Un aspetto che confermerebbe quanto riportato in precedenza sull'immagine di adolescenti che riconoscono nell'amicizia un valore radicato e un'esperienza protettiva nei percorsi di sviluppo.

Alla richiesta di quali siano le caratteristiche importanti che un gruppo di amici deve avere, i vocaboli che emergono con maggiore frequenza rimandano all'unione, alla fiducia e al rispetto reciproci, insieme alla simpatia e al divertimento.

Da un lato, dunque, emerge il desiderio di potersi fidare in modo fermo l'uno dell'altro, accogliendo la differenza di pensiero o di opinione, dall'altro il bisogno di svago, divertimento e simpatia, elementi altrettanto importanti per il buon funzionamento delle relazioni e come esperienze di crescita personale e sociale.

Interessante, nella valutazione dei modelli di riferimento e di identificazione, la descrizione che i ragazzi forniscono degli adulti. *Responsabili, severi e saggi*: queste gli aggettivi più usati per descrivere il mondo adulto. Interrogati invece su quali caratteristiche vorrebbero trovare negli adulti, le parole più utilizzate sono: *comprensivi, gentili e aperti*.

Tali parole possono rappresentare il desiderio dei ragazzi di una maggiore comprensione e una maggiore apertura, senza giudizi o pregiudizi, verso il mondo dell'adolescenza o, più nello specifico, verso se stessi. Ciò può ricondursi all'aspettativa di trovare spazio nella mente dell'adulto e di essere riconosciuti ed accettati per quello che sono.

Per quanto riguarda invece la domanda "L'adulto che vorrei diventare", le parole emerse con maggior frequenza sono: *responsabile, comprensivo e gentile*. Interessante il riproporsi del concetto di responsabilità, caratteristica che riconoscono anche nei loro genitori reali e che dunque assume il significato di valore fondante in cui identificarsi. Esso si associa alla comprensione e alla gentilezza, individuate anche come caratteristiche del genitore ideale, evidenziando come l'apertura all'altro e le capacità empatiche siano vissute come dimensioni identitarie attorno a cui immaginare lo sviluppo del proprio essere adulti.

Ultimo aspetto su cui ci soffermiamo in questa sintesi parziale dei dati emersi dall'indagine⁽¹⁾, è l'atteggiamento dei ragazzi nei confronti del futuro: i ragazzi dichiarano di pensarci spesso e, nonostante provino paura e incertezza, affermano di affrontarlo con desiderio e ponendosi degli obiettivi, con una determinazione di gran lunga superiore alle paure e alle incertezze percepite. Si può tuttavia notare che queste ultime aumentano con l'età, probabilmente in relazione alle progressive difficoltà che gli adolescenti, crescendo, si trovano ad affrontare e ad un maggior grado di consapevolezza raggiunto.

Tali dati sembrano disconfermare l'immagine frequente dell'adolescenza come priva di slancio verso il futuro: nonostante le incertezze e le incognite che esso comporta, sembrerebbe mantenersi forte il desiderio di "proiezione in avanti".

(1) Come anticipato nella discussione avvenuta in sede congressuale la validazione del questionario, l'elaborazione e la significatività statistica dei dati raccolti e l'esposizione completa della ricerca verranno in altra sede presentati. [N.d.R.]

In conclusione, a fronte di notevoli segnali di fragilità percepita, in linea con le caratteristiche del contesto socioculturale attuale, la spinta vitale, i principi valoriali e le reti familiari e sociali di sostegno paiono essere presenti nella percezione dei ragazzi e costituire un saldo riferimento nei processi di crescita e costruzione dell'identità.

Chiudiamo questa sintesi con un ultimo elemento critico, che vogliamo proporre come stimolo di riflessione ed incoraggiamento per il nostro ruolo di promotori della salute psichica e del benessere sociale: tra le figure di riferimento individuate dai ragazzi, gli adulti al di fuori della famiglia (insegnanti, allenatori, animatori, educatori, ecc.) totalizzano una percentuale piuttosto bassa di preferenze, molto più bassa di quella realizzata dai genitori e dagli amici e da quella che era emersa in una nostra precedente indagine effettuata circa vent'anni fa, sul tema dell'adulto nello sguardo dell'adolescente [9].

Le agenzie educative extra-familiari sono diventate meno importanti nel vissuto dei ragazzi? Perché non sono percepite come solide figure di riferimento, nonostante il ruolo che hanno nella vita degli adolescenti? Perché, invece, la categoria "genitori" mantiene una percentuale così alta? Varie ipotesi interpretative si possono formulare, che aprono alla necessità di ulteriori approfondimenti: è possibile che i genitori tendano ad attuare stili educativi iper-protettivi, scoraggiando esplicitamente o implicitamente il far riferimento ad altre figure adulte? Stili di attaccamento a connotazione narcisistica possano aver contribuito a creare una sorta di diffidenza verso altri adulti educatori, diminuendone la pregnanza? Siamo ancora lontani o ci stiamo allontanando dall'idea di una "comunità che educa" di cui tanto si parla oggi?

Come operatori del benessere e testimoni del pensiero individual-psicologico, risulta allora ancora più importante rinnovare il nostro impegno, nelle nostre azioni di formazione, sostegno, promozione culturale, prevenzione e cura, a rinforzare la *cooperazione*, il *senso di appartenenza* e la *consapevolezza della responsabilità* che ciascuno di noi ha non solo verso se stesso, ma anche nei confronti della comunità in cui viviamo.

Il benessere non può che passare attraverso l'*avere a cuore e prendersi cura* dell'altro, in particolare dei bambini e dei ragazzi che rappresentano il nostro futuro. Così come abbiamo aperto con il testo di una canzone, chiudiamo con questo passaggio tratto da una canzone di Giorgio Gaber, "La canzone dell'appartenenza":

*L'appartenenza non è lo sforzo civile di stare insieme.
Non è il conforto di un normale voler bene.
L'appartenenza è avere gli altri dentro di sé.
L'appartenenza non è un insieme casuale di persone.
Non è il consenso a un'apparente aggregazione.
L'appartenenza è avere gli altri dentro di sé*

Bibliografia e Sitografia

1. ADLER, A. (1930), *Guiding the Child: On the Principles of Individual Psychology*, George Allen & Unwin Ltd., London.
2. ADLER, A. (1933), *Der Sinn des Lebens*, tr. it. *Il senso della vita*, Newton Compton, Roma 2012.
3. BAUMAN, Z. (2000), *Liquid Modernity*, tr. it. *Modernità liquida*, Laterza, Bari 2002.
4. BENASAYAG, M. (2018), *Fonctionner ou exister?*, tr. it. *Funzionare o esistere?*, Vita e Pensiero, Milano 2019.
5. BROMBERG, P. M. (1998), *Standing in the Spaces: Essays on Clinical Process, Trauma, and Dissociation*, tr. it. *Clinica del trauma e della dissociazione. Standing in the Spaces*, Raffaello Cortina, Milano 2007.
6. ERIKSON, E. H. (1950), *Childhood and Society*, tr. it. *Infanzia e Società*, Armando Editore, Roma 2008.
7. FABI, N. (2019), Io sono l'Altro, *Sito ufficiale di Niccolò Fabi*, (11/09/2019), <https://www.niccolofabi.it/web/>.
8. FAGGIN, F. (2024), *Oltre l'invisibile. Dove scienza e spiritualità si uniscono*, Mondadori, Milano.
9. GRANDI, L. G. (2005), *Noi adulti nello sguardo degli adolescenti*, Effatà Editrice, Cantalupa (TO).
10. GRANDI, L. G. (2019), *Se questo è un Altro. Conoscenza di sé e consapevolezza*, Effatà Editrice, Cantalupa (TO).
11. KERNBERG, O. F. (1984), *Severe Personality Disorders: Psychotherapeutic Strategies*, tr. it. *Disturbi gravi della personalità*, Bollati Boringhieri, Torino 1987.

Gian Sandro Lerda
lerda.gs@tiscali.it

Veronica Lo Sapio
l_veronica@hotmail.it

Luca Burdisso
luca.burdisso@gmail.com

Etica e complessità nella formazione all'esercizio della psicoterapia

ANDREA RAMBAUDI

Summary – ETHICS AND COMPLEXITY IN TRAINING FOR THE PRACTICE OF PSYCHOTHERAPY. Ethics in the training of psychotherapists unfolds in various forms and themes, involving teachers and trainees in ways that are sometimes similar and sometimes different. The common denominator is the need to access complexity, which must characterize any therapeutic approach, considering the nature of the issues patients experience. Respect for the other-even in situations where certain symptoms or thoughts may appear bizarre or of little value-represents another prerequisite for ethically sound engagement with patients. Training also plays a fundamental role, both technical training and the personal developmental path of the aspiring therapist. Individual Psychology proposes a foundational theme that acts as a “fil rouge” within the therapeutic relationship: the concept of Social Interest. This is activated in patients during psychotherapy through the therapist’s embodiment of it, expressed through warm and empathic participation in the patient’s lived experiences. Attention to diagnosis represents another fundamental aspect of ethical practice in therapist training, since a thorough understanding of the patient in all their characteristics guarantees a correct approach and satisfactory outcomes. Continuous training and dialogue with colleagues ultimately represent an additional element capable of ensuring correctness and adequacy in interventions.

Keywords: COMPLEXITY, TECHNICAL TRAINING, PERSONAL TRAINING, SOCIAL FEELING, TAILORED THERAPIES

Abstract – ETICA E COMPLESSITÀ NELLA FORMAZIONE ALL'ESERCIZIO DELLA PSICOTERAPIA. L'etica nella formazione degli psicoterapeuti si declina in varie modalità e in varie tematiche, che coinvolgono in modi, a volte analoghi a volte differenti, docenti e discenti. Denominatore comune è rappresentato dall'accesso alla complessità, che deve caratterizzare qualsiasi approccio terapeutico, in considerazione delle caratteristiche delle problematiche che vivono i pazienti. Il rispetto dell'altro, anche in situazioni nelle quali certi sintomi o certi pensieri possano sembrare bizzarri o di scarso valore, rappresenta un'altra precondizione per connotare in un modo eticamente corretto l'approccio ai pazienti. La formazione assume inoltre un ruolo fondamentale, sia quella tecnica, sia quella relativa al percorso personale, dell'aspirante terapeuta. La Psicologia individuale propone un tema fondante, che costituisce un “fil rouge” nella relazione terapeutica, che è rappresentato dal concetto di Sentimento Sociale, che non a caso viene attivato nei pazienti in psicoterapia dalla rappresentazione di esso da parte del terapeuta, realizzata attraverso una partecipazione calda ed empatica ai vissuti del paziente. L'attenzione alla diagnosi rappresenta un altro luogo fondamentale nell'esercizio dell'etica nella formazione dei terapeuti, in quanto una approfondita comprensione del paziente in tutte le sue caratteristiche è garanzia di un approccio corretto e di risultati soddisfacenti. La costante formazione e il confronto con i colleghi rappresentano infine un ulteriore elemento in grado di conferire correttezza e adeguatezza agli interventi.

Parole chiave: COMPLESSITÀ, FORMAZIONE TECNICA, FORMAZIONE PERSONALE, SENTIMENTO SOCIALE, TERAPIE TAILORED

L'etica nella formazione degli psicoterapeuti si declina con varie modalità in una dimensione complessa, che coinvolge docenti e discenti su registri di vario genere, che includono aspetti personali degli uni e degli altri: formazione, attitudine alla relazione, attenzione all'altro in generale, ma soprattutto all'altro in termini di persona in difficoltà. Ritengo non si possa non considerare l'importanza della complessità della vita psichica, che deve essere sempre al centro dell'intervento dei terapeuti, perché non è pensabile intervenire a livello del mondo interno dei pazienti senza una posizione adeguata al proposito.

La formazione al rispetto della complessità negli aspiranti psicoterapeuti in formazione fa sì che l'eventuale utilizzo di teorie e di modelli, tendenti alla semplificazione della realtà psichica, venga realizzato nella consapevolezza del limite intrinseco di queste tecniche, che forniscono strategie a volte efficaci nella gestione dei sintomi, ma che non riescono a modificare significativamente gli assetti psicologici ed emotivi dei pazienti e quindi a indurre reali cambiamenti in senso trasformativo. Un'altra espressione dell'etica nel senso dell'attenzione all'altro da parte dei terapeuti consiste in un'accurata polarizzazione sulla diagnosi, nel senso etimologico della parola, dal greco “dia-gnosis”, ovvero “capire attraverso”.

In questa ottica si deve pensare ai pazienti su tre livelli ovvero: un livello Psicopatologico, un livello di Struttura di Personalità, un livello Psicodinamico.

Per quanto concerne il primo livello, la patologia, se presente, orienta vero un intervento più di tipo farmacologico, la Struttura di Personalità consente interventi codificati secondo le linee guida psicoterapiche, la diagnosi in senso psicodinamico consente di riconoscere ed intervenire sulle questioni profonde irrisolte, spesso inconscie, dei pazienti. È quindi fondamentale che i docenti delle scuole formino gli aspiranti terapeuti a muoversi su questi tre registri diagnostici, in modo tale da realizzare percorsi psicoterapici davvero “tailored”, cioè focalizzati sulle caratteristiche dell'altro.

Sappiamo che in terapia si fanno cose molto differenti a seconda della struttura di personalità del paziente che ci troviamo di fronte, intanto perché i meccanismi di difesa dei pazienti sono molto diversi tra loro e caratteristici della struttura, ma anche perché determinate linee guida poi ci orientano insieme alla consuetudine e all'esperienza.

Anche il rispetto dell'altro credo sia fondamentale da parte del terapeuta, nel senso di una considerazione di questioni o tematiche che possano sembrare bizzarri.

A volte i pazienti in difficoltà portano in seduta sintomi o pensieri che possono apparire persino ridicoli, o comunque stupire nel contesto di quella persona, ma proprio per questo i terapeuti devono attribuire valore e significato a questi contenuti, pensando che se una persona intelligente e adeguata si blocca su certe questioni, questo significa qualche cosa.

Quindi dobbiamo comunque prendere seriamente ciò che il paziente ci dice, soprattutto in relazione alla sua soggettività.

La formazione tecnica dei terapeuti naturalmente è fondamentale. Oggi le scuole di specializzazione in psicoterapia sono in grado di fornire in maniera strutturata e aggiornata tutto il know-how relativo alla psicoterapia psicodinamica contemporanea, ma è fondamentale che a fianco di questa formazione ci sia da parte degli aspiranti terapeuti una conoscenza di sé, ovvero l'acquisizione di una capacità di orientarsi nelle proprie questioni profonde, proprio affinché gli intensi stati d'animo che i pazienti classicamente evocano nei terapeuti non diventino elementi di confusione e disturbo, ma anzi si configurino come vissuti orientanti nella cura dei pazienti.

È noto che i pazienti più difficili da seguire per gli allievi in formazione siano rappresentati non da persone portatrici di particolari quadri clinici impegnativi, ma da pazienti che rivelino dinamiche analoghe a quelle dei terapeuti. Questo avviene proprio perché quanto più il paziente "somiglia" al terapeuta su certe caratteristiche profonde, tanto più quest'ultimo dovrà orientarsi efficacemente all'interno di sé, proprio per orientarsi all'interno dell'altro.

Tutto questo per evitare contaminazioni che sarebbero inevitabilmente confusive e alla fine dannose sia per il paziente che per il terapeuta.

La SAIGA promuove a fianco della formazione tecnica, una crescita personale in termini di consapevolezza emotiva attraverso una supervisione specifica che si struttura in gruppi di " tirocinio emotivo", focalizzati sui vissuti emotivi evocati dai pazienti in terapia, piuttosto che su quesiti esclusivamente clinici. Il modello adleriano contiene inoltre un concetto che è costituito dal Sentimento sociale, straordinariamente valido per modellare le psicoterapie in un'ottica etica, in quanto rappresenta un'autentica attenzione empatica alle questioni emotive dei pazienti, in grado di attivare a sua volta il Sentimento sociale in questi ultimi, che spesso ne sono privi.

Di questi tempi, soprattutto pensando a psicoterapie realizzate nei servizi, è fondamentale porre attenzione a fornire il più possibile in termini di aiuto terapeutico al maggior numero di pazienti. Questo viene consentito dai modelli di terapia breve adleriana (APPs) che individuano un focus specifico, ovvero un sintomo od un comportamento che sia riferibile a dinamiche profonde dei pazienti, sulle quali sia efficace intervenire.

Anche nelle situazioni di psicoterapia non time-limited ritengo sia importante effettuare percorsi che individuino gli aspetti centrali in senso psicodinamico dei pazienti, al fine di ridurre la durata delle psicoterapie e di conseguenza moltiplicare la possibilità di accesso da parte dei pazienti a percorsi psicoterapici.

Ultimo ma non ultimo, credo sia importante per i terapeuti già specializzati rimanere nell'ambito della Società relativa alla scuola effettuata, nell'ottica di mantenere un elevato livello di aggiornamento, attraverso la partecipazione ad iniziative culturali organizzate quali seminari, supervisioni, congressi.

Il sentirsi riconosciuti e percepirsi come membri di un gruppo, che si occupi di psicoterapia e di formazione alla psicoterapia, credo rappresenti una solida garanzia di aggiornamento e di continua formazione nel tempo, che è a vantaggio sia dei pazienti, sia della qualità della vita professionale dei terapeuti, che in questo modo evitano la ben nota sindrome da isolamento.

Finzioni: Specchi di Inchiostro

GIAN GIACOMO ROVERA, SECONDO FASSINO

Summary – FICTIONS: INK MIRRORS. For J. L. Borges (1941–1944), Fictions and Ink Mirrors situated between Chaos and Cosmos represent conceptual tools for exploring the reflexive nature of reality, the multiplicity of perceptions, and the hybridization between reality and resemblance/simulation. The Adlerian theoretical–practical foundation of Fictions can be traced to the contributions of the XXII National SIPI Congress, *The Network of Fictions in Adlerian Theory and Practice* (23–25 April 2010; AA. VV., *Rivista di Psicologia Individuale*, n. 68, 2010), in which the concept, methodological framework, and criteria of pathology were elaborated. At present, further Fictional Disorders are emerging, increasing and varying within the classifications of Factitious Disorders (DSM-5-TR, 2022; ICD-11, 2023), and positioning themselves within disorders of simulation, apocryphal constructions, histrionic and delusional conditions, among others. Episodes are often observed in sequence and, at times, show a tendency toward chronicity. By way of exemplifying similarities (artistic and metaphorical), beyond the mirror of Dorian Gray of Wilde, one may recall the fantastic fictions of Baron Münchhausen of Raspe, the delusional/visionary narratives of Don Quixote of de Cervantes, the alternating fictional masks of Henry IV (Pirandello, 1926), as well as the fusion of horizons of Gadamer oriented toward the future, opening up to new forms of understanding. Inkblots expand and deepen Fictions and the Evolutions: they relate to discoveries in Neuroscience, the growing development of Artificial Intelligence, and even to illicit pathways. Moreover, within the perspective of fictions, malpractice and iatrogenic effects within therapeutic networks of treatment should be avoided, as well as negative omissions. The psychopathological process underlies fictional systems and disorders, and is likewise implicated in Artificial Intelligences and robotic communication. The treatment of Fictions is complex. The therapeutic pathway should be strategic and aware of the resistances encountered; consequently, it primarily unfolds through emergency interventions within healthcare settings, psychoeducational interventions (including cognitive and behavioral approaches), liaison consultations, and structured dynamic psychotherapies: support, encouragement, and, when appropriate, unveiling and interpretative work on deep (unconscious) nuclei. Risks include burnout, pathological relapses, and even fictitious recoveries. Individual Psychology, in the fictitious syndromes of ink mirrors and within Neo-Fictional Psychotherapy, must promote new forms of training for healthcare professionals, addressing current biological, psychopathological, clinical, psychotherapeutic, and cultural challenges, within the evolving expansion of Artificial Intelligence in Clinical Psychology and online psychotherapy. The Humanities and Ethical disciplines also converge with Psycho-Neurological ones, so that—from Borges’ ink-mirror fictions—it may be possible to move toward cleansed and authentic inner mirrors, through complex, sequential, and appropriate treatments.

Keywords: RELATIONSHIPS, CURRENT PSYCHOPATHOLOGICAL FICTIONS, PSYCHOTHERAPEUTIC CLINICAL TREATMENTS, SOCIO-CULTURAL TECHNOLOGIES, AI.

Abstract – FINZIONI: SPECCHI DI INCHIOSTRO. Per J. L. Borges (1941-1944) le *Finzioni* e gli *Specchi di Inchiostro* tra Caos e Cosmos rappresentano concetti, strumenti per esplorare la natura riflessiva della realtà, la molteplicità delle percezioni e l'ibridazione tra realtà e le somiglianze/simulazioni. La base teorico pratica adleriana delle Finzioni è riferibile ai contributi del XXII Congresso Nazionale SIPI *La rete delle finzioni nella teoria e nella prassi adleriane*, nella quale si elaborano il concetto, la metodologia di psicologia clinica e di patologia. Oggigiorno emergono ulteriori *Disturbi Finzionali*, aumentano e variano pure nelle classificazioni dei *Fictitious Disorders* (DSM V-R, 2022, ICD-11, 2023), e inserendosi nei *Disturbi di Simulazione, Apocrifi, Istrionici, Deliroidi*, ecc. Spesso si rilevano episodi in sequenza e talora con tendenza a cronicizzare. Esemplificando similitudini (artistiche e metaforiche), oltre lo specchio di Dorian Gray di Wilde, si ricordano le finzioni fantastiche del Barone di Munchausen di Raspe, dei deliranti/visionarie di Don Chisciotte di Cervantes, le finzioni – maschere alternanti di Enrico IV di Pirandello, come pure le Fusioni di orizzonti futuri, fruibili per una *nuova comprensione* secondo Gadamer, 1960. Le macchie di inchiostro si espandono e si approfondiscono le Finzioni e le Evoluzioni della Cultura: inerenti alle scoperte delle Neuroscienze, gli aumenti della Intelligenza Artificiale, i sentieri illegali. Inoltre nella prospettiva delle finzioni si dovrebbero evitare malpratiche e iatrogenie delle *reti terapeutiche* dei trattamenti), oltre le *omissioni negative*. Il processo psicopatologico è alla base dei sistemi e disturbi finzionali e pure nelle Intelligenze Artificiali e la Comunicazione robotica. I trattamenti delle Finzioni sono complessi. Il percorso dovrebbe essere strategico, consapevole cioè delle resistenze che si incontrano; conseguentemente si svolgono prioritariamente attraverso: *urgenza nelle strutture sanitarie, interventi psicoeducativi (anche cognitivi e comportamentali), liaison-consultazioni, psicoterapie dinamiche strutturate*: sostegno, incoraggiamento ed eventualmente svelamento, interpretazioni sui nuclei profondi (*inconscio*). I rischi sono born-out, ricadute patologiche e pure guarigioni finzionali. La Psicologia Individuale nelle sindromi fittizie degli *specchi di inchiostri* e pure della Psicoterapia Neo-Finzionale, deve promuovere nuove **formazioni** degli operatori sanitari, riferibili agli attuali problemi biologici, psicopatologici, clinici, psicoterapeutici, culturali nell'evoluzione dell'Intelligenza Artificiale che intensiva e in espansione della Psicologia Clinica e psicoterapia online. Anche le Discipline Umanistiche ed Etiche si uniscono a quelle Psico-Neurologiche, alle *finzioni specchi di inchiostri* di Borges si possa tendere verso specchi interni smacchiati e autentici, grazie a trattamenti complessi sequenziali ed adeguati.

Parole chiave: RELAZIONI, FINZIONI ATTUALI PSICOPATOLOGICHE, TRATTAMENTI CLINICI PSICOTERAPEUTICI, TECNOLOGIE SOCIO-CULTURALI, IA

Caos: indica il disordine, il vuoto primordiale,
la mescolanza all'assenza di struttura
Cosmos: armonia, bellezza e un sistema ordinato.

I. *Specchi di inchiostro*

Gli specchi d'inchiostro per la psicologia, la patologia e la clinica, sono riferibili a finzioni, illusioni o sofismi, archetipi perché possono moltiplicare e divulgare gli errori (come pure l'Intelligenza artificiale): è pure un intrigo di specchi, *un labirinto ordito dagli uomini* (Borges, 1941-1944) [8]. **“Specchi di Inchiostro”** è un concetto-immagine che unisce due elementi fondamentali della poetica di Borges: gli *specchi* (simbolo di infinito e duplicazione) e l'inchiostro (simbolo della parola, dei libri e della scrittura, della cultura in generale).

Le finzioni entrano dentro *specchi d'inchiostro*: per esplorare la natura sfuggente della realtà, la riflessione e la confusione, coinvolgendo in un **caos** labirintico, paradossi e specchi che riflettono talora significati inafferrabili... Talora possono evolvere nel **cosmos**: in ordine armonico e ordinato.

La base teorico pratica adleriana delle Finzioni è riferibile ai contributi del XXII Congresso Nazionale SIPI di San Remo 2010 *La rete delle finzioni nella teoria e nella prassi adleriane* [1].

II. Finzione

Finzione (dal latino *fictio*) nel linguaggio è sinonimo di falsità, inganno, sotterfugio e patologico, ma anche si riferisce all'elaborare, immaginare, supporre, ideare, inventare. Assume il concetto di finzione elaborato da Vaithinger (1911) [39], ripreso da Alfred Adler nel 1912[2], propone la concezione pratica del “come se” della finzione, quando si oppone alla realtà. Nella “Filosofia del come se” c'è l'ipotesi secondo cui la *realtà oggettiva* si costituisce (in rapporto con l'attività dell'individuo come soggetto) in connessione continua con le *elaborazioni della soggettività* (Kurt Adler, 1967) [4]. Il concetto di “finzione” risulta come *metodologia d'appoggio* allo scopo di fornire una sistematizzazione al proprio modello. Il filone consiste in una ricerca del senso della vita da intendersi nella sua unità diversificata *biologica-psicologico-sociale-culturale* [36].

Nell'accezione di meta fittizia, la finzione ha un'impronta finalistica: inizia durante l'infanzia e tende a perdurare, nell'inquadramento delle concezioni di sé e del mondo esterno. È per gli Ansbacher [5] immagine guida, la meta finale finzionale per Adler [2] non quindi una semplice costruzione soggettiva della fantasia, bensì *un mezzo per la risoluzione dei problemi della vita* [30].

Il principio della causalità interna diviene il principio inconscio di autocoerenza della personalità. È base genetico-temperamentale e molla motivazionale. Queste strutture non sono soltanto di tipo mentale, ma si configurano anche quali ipotesi scientifiche e mete reali. La *meta finale idealizzata* è “come se” fosse una stella polare, come *mito riparativo* nel trauma psicologico nei Disturbi di personalità (e come se fosse anche “Insula Dulcamara” [17], indica il cammino evolutivo del soggetto.

Le *mete reali* e le *mete scientifiche* non sono invece finzioni, ma procedure che entrano in un percorso realizzabile: le finzioni sono, nelle nevrosi e nelle psicosi, tutto ciò che si rafforza in modo abnorme, dando luogo a deviazioni quantitative e qualitative nella visione di sé e del mondo. Per effetto della *finzione rafforzata*, il soggetto aumenta la sua “distanza” dall'ambiente, accentuando pericoli e timori, creandosi immagini alterate dei suoi simili e dando corpo a finzioni anomale, stimulate dalla *volontà di potenza*. Tali deviazioni talora strutturano idee psicopatologiche e tendono alla fuga dalla realtà.

III. *Il modello di sviluppo del Neo-Fictionalismo*

Il concetto di finzione ha assunto significati complessi e diversi rispetto ai termini tradizionali e alla teoria e alla pratica della Psicologia Individuale Comparata (PIC) e pure in prospettiva (cfr. Intelligenza Artificiale). La storia e la geografia psicologica hanno portato a un vaglio della ricerca clinica e scientifica, inclusi gli studi epistemologici, e persino a nuove scoperte psico-neurologiche-biologiche. C'è un "ribaltamento" degli orizzonti interpretativi degli atteggiamenti linguistici, sia verbali che non verbali fino all'avvento di una sorta di cambiamento di vicissitudini delle finzioni.

Mediante alcuni presupposti fondamentali (e pure allegorici), [22] della PIC, è possibile riproporre "finzioni" e "come se" come aspetti importanti dello sviluppo ontogenetico della mente razionale, del linguaggio e dei rapporti socio-culturali.

Una progettazione e definizione di queste **peripezie del concetto di finzione** può arricchire il modello adleriano ad alcuni aspetti teorici, metodologici, pratici, clinici, culturali e soprattutto terapeutici, attivando nuove prospettive interdisciplinari verso una "comprensione esplicativa", riferendosi a 5 aspetti [36]:

- *Un primo aspetto* alla *fictio*, da cui i termini "plasmare, foggare" e di "immaginare, raffigurarsi, supporre", sino a "dire falsamente".
- *Un secondo aspetto della finzione* può essere riferito agli studi linguistici.
- *Un terzo aspetto* esamina la *finzione come invenzione (Sé creativo)*: essa prende l'avvio dalle finzioni altrui ed appare come valutazione critica, circa il *grado di verosimiglianza*, "il fantastico" (Bartocci, 2016).
- *Un quarto aspetto* può riferirsi a una *teoria classica delle finzioni (Finzionalismo)*, quanto a teorie più recenti che emergono dall'innesto di molteplici influenze e componenti interdisciplinari.
- *Un quinto aspetto* riguarda il *Neo-Finzionalismo*, che permette un'evoluzione del modello all'acquisizione di nuovi apporti utili anche per ulteriori applicazioni correlate a un ponte teorico e pratico per una *comprensione esplicativa dell'individuo umano*: pure anche dell'Intelligenza Artificiale.

I Disturbi Fittizi (DSM 5-TR, ICD 11) sono una condizione caratterizzata dalla falsificazione di segni o sintomi psicologici o fisici, o dall'induzione di lesioni o malattie, associata a un inganno evidente, senza che siano presenti altri benefici esterni. L'individuo si presenta agli altri come malato o ferito, un disturbo delirante o un disturbo psicotico. Questa condizione, a differenza della simulazione di malattia (*malingering*), è guidata dal desiderio di assumere il ruolo di malato, talora fingendo o simulando [29, 27] la ricerca di vantaggi tangibili come denaro o esenzioni.

IV. Finzioni e similitudini (artistiche e metaforiche)

A) Esempificando si ricordano le Finzioni fantastiche del Barone di Munchausen di Raspe R. E., il ritratto *finzionale* di Dorian Gray [40], dei deliranti/visionarie di Don Chichotte [13], le finzioni – maschere alternanti di Enrico IV [31], come pure le Fusioni di orizzonti futuri, fruibili però per una *nuova comprensione* (cfr. Gadamer [20]). Le “finzioni fantastiche” sono le incredibili e iperboliche avventure e storie che includono azioni impossibili e quindi si possono riferire alle Psicopatologia e Psichiatria.

L'individuo romanzesco e le maschere finzionali indossano ruoli diversi a seconda del contesto sociale, per essere accettati. Queste maschere non sono fisse, ma cambiano continuamente, creando una frattura tra la vera identità e l'apparenza imposta dalla società, generando un senso di frammentazione dell'io.

B) Per Gadamer [20] la fusione di orizzonti è un processo di integrazione che avviene attraverso la comprensione, l'interpretazione e il dialogo, e può essere applicata anche al confronto tra culture per una nuova comprensione.

Le Macchie di Inchiostro, si espandono e le Finzioni si approfondiscono: inerenti alle scoperte delle Neuroscienze [37], gli aumenti della Robotica e della Intelligenza Artificiale [24], i sentieri degli immigrati illegali e le Evoluzioni della Cultura [9]. Inoltre nelle prospettive delle *finzioni* si dovrebbe avere cura di evitare malpratiche e iatrogenie degli operatori delle *reti terapeutiche* dei trattamenti [34] e specie le intenzionali **omissioni negative**.

Nell'accezione contemporanea le *finzioni* (attraverso le sue peripezie) continuano nelle ricerche teoriche, pratiche, cliniche e culturali. La *rete di modelli* (multidisciplinarietà) affronta queste problematiche che dovrebbero tendere ad un *modello di rete* (interdisciplinarietà) in cui la pluralità di approcci e di linguaggi rientrano nell'area di una *comprensione-esplicativa*.

Si utilizza una *linea guida direttrice*, una *comprensione esplicativa* che dovrebbe permettere un'interazione dinamica: sia verso un *comprendere*, per la visione intuitiva (*verstehen*), sia **verso uno spiegare, per conoscere i nessi causali obiettivi (*erklären*)** ed infine verso un *intendere*, cioè un capire complessivo (*begreifen*) secondo Jaspers [23].

Il coinvolgimento empatico, il vedere con gli occhi dell'altro, la mente relazionale, la mentalizzazione: unitamente alle ricerche delle neuroscienze, fanno capo non solo alla configurazione concettuale, ma pure alla *comprensione esplicativa condivisa* con l'Altro, un *sentimento sociale* quindi.

V. Finzioni e disturbi

Il “Sistema delle finzioni” ed il processo psicopatologico sono alla base dei disturbi, che sono percepibili anche tramite la *conoscenza relazionale implicita basata sulla memoria procedurale – cervello destro* [16] Questo *conosciuto non pensato* nel paziente, e specialmente nel terapeuta, rappresenta un’area cruciale, un crogiolo delle attivazioni e fruizioni delle esperienze di imitazioni empatiche, di appartenenza e nuova autentica cooperazione: come pure tuttavia di competizioni, resistenze e tendenze ad interruzioni precoci dei trattamenti (drop-out).

Si devono sintonizzare con la nostra profonda autentica e consapevolezza; gli agiti, le evocazioni, i messaggi non verbali sono i principali mezzi con i quali i pazienti, con i terapeuti, comunicano ciò che hanno conosciuto ma non pensato, e di cui, pertanto, parlano della interposta finzione.

VI. Epidemiologia, clinica, ricerca – rispetto alle finzioni

A) Queste finzioni paiono riferibili pure ai disturbi psichiatrici (e quindi le finzioni psicopatologiche), in misura significativa, perpetuati da insufficienti capacità di regolazione delle emozioni. Quindi, la necessità di una competenza del clinico alla regolamentazione delle emozioni è particolarmente evidente qui, così come la mancanza di specifiche ulteriori risorse normative sulla sua formazione.

Vi è quindi la necessità di forme eccezionali di regolamentazione delle emozioni, che comportino forme eccezionali di impalcatura scaffolding per Ratcliffe [32], come competenza emotiva, attitudine incoraggiante fondativa per la clinica della PIC [33]. Si sottolinea che la sfida normativa è di particolare importanza per la psicologia clinica e per la terapia dei disturbi finzionali nella bio-neuro-psicologia (cfr. Modello integrato cervello-mente-corpo inconscio). L’emisfero destro è dominante per l’affiliazione, l’appartenenza, il cervello sinistro è coinvolto nella motivazione al potere, la competizione, l’autonomia.

I gangli della base sono fondamentali per l’apprendimento procedurale, mentre il cervelletto è sede dell’*azione inconscia* e permette comportamenti rapidi e automatizzati in vari contesti. Il cervello dell’emisfero sinistro regola le funzioni esplicite della coscienza, della consapevolezza, della propria consapevolezza, del linguaggio, dell’attenzione e della memoria dichiarativa.

Il cervello dell’emisfero destro, funziona in modo *implicito, non verbale*: substrato biologico dell’inconscio umano dei meccanismi relazionali che sarebbero i principali del cambiamento terapeutico delle finzioni patologiche.

L'elaborazione delle emozioni e le memorie emotive inconscie sono conservate nell'emisfero destro associate al mantenimento di un senso di sé coerente e continuo. L'emisfero destro è correlato con le comunicazioni di attaccamento al nucleo dell'alleanza terapeutica. Le comunicazioni transfert-controtransfert e gli atteggiamenti non verbali sono attivati: gli *enactment* reciproci di funzionamenti emotivi inconsci sono profondi per il cambiamento terapeutico.

B) La Condivisione di stati emotivi/affettivi con un'altra persona (*empatia*), preoccupazione per un altro (*compassione*) e ragionamento sullo stato della mente di un'altra persona (*teoria della mente*) sono separabili a livello concettuale, comportamentale e pure neurale; soggetti con forte empatia non sono necessariamente mentalizzatori esperti e ciascun aspetto può essere selettivamente alterato in psicopatie come autismo o psicopatia. Inoltre, una originale risposta empatica alla sofferenza degli altri può portare a una risposta di disadattamento [16].

L'angoscia empatica può trasformare l'empatia in compassione: la quale diventa una strategia di *regolazione emotiva* che attiva effetti positivi che si basano sulla gratificazione di circuiti cerebrali. La prospettiva dell'elaborazione affettiva guida e talora previene il comportamento e le emozioni comunicano sentimenti: questi derivano dall'interpretazione di quelle emozioni. L'affetto è ampio e può indicare un insieme di emozioni e stati emotivi, spesso legati alla sfera relazionale e quindi alle interazioni positive nel paziente con disturbi finzionali.

C) **Iatrogenia e Malpratica** [35] sono comportamenti riferibili alle Finzioni psicopatologiche (e pure l'I.A.): in psicoterapia è cresciuta negli ultimi anni tra i pazienti con disturbi psichiatrici. Il legame con altri approcci clinici (psicologici, farmacologici e riabilitativi); il crescente numero di tecniche e setting psicologici, che potrebbero non essere supportati da evidenze scientifiche o essere chiaramente incongruenti con i disturbi psicopatologici (e pure la psicoterapia): sono altrettanti problemi etico – scientifici. È necessario contrastare la malasanità attraverso un'adeguata prevenzione e una supervisione continua.

Tali problematiche riguardano la relazione tra sintomi iatrogeni ed etica della deontologia professionale e pure della responsabilità. Alle Società di Psicologia Individuale spettano le regolamentazioni rivolte ai futuri psicoterapeuti e analisti, a tutti gli operatori delle relazioni psicologiche d'aiuto adleriani sia di carattere preventivo, sia di interventi e formazioni permanenti.

Le peripezie della iatrogenia e malpratica sono emergenti non solo nella psicoterapia online, ma pure nella Intelligenza Artificiale, la quale può essere finzione...

C'è differenza tra la macchina e la mente: le macchine possono utilizzare, dell'individuo, la "capacità" di fingere e ingannare l'altro [26].

Le finzioni principali includono quindi pregiudizi e discriminazione, dilemmi etici, manipolazione, rischio di “deepfake” e disinformazione: nella distonia e utopia (es. in diversi motori di ricerca AI viene riferito “decaduto” una persona nei due dati anagrafici la quale è viva... le risposte dell’AI avvisano che esse potrebbero contenere “errori” “*scopri di più*”, etc.).

D) Il punto di vista scientifico non presuppone una visione deterministica della realtà (e si rientra della discussione storica del “libero arbitrio” e il “servo arbitrio” tra Erasmo da Rotterdam [10] e Lutero [25]. Le regole della meccanica quantistica indicano una visione dell’universo, per dimostrare anche il libero arbitrio. Peraltro diversi biologi, psicologi e neurologi concludono invece che il libero arbitrio è una finzione illusoria e la visione del mondo è radicalmente determinata.

Il libero arbitrio nelle neuroscienze è ritenuto un epifenomeno illusorio [12] o neutro e dimostrabile scientificamente nelle azioni coscienti. Una risposta unica al problema del libero arbitrio sembra una impresa impossibile: giacché la coscienza umana attraversa delle leggi della fisica quantistica, e interpretazioni di leggi differenti [12].

E) È questa una questione pure di “**omissione**” nella relazione clinica: e in altri ambiti la conoscenza è miglioramento della qualità di vita. L’Intelligenza Artificiale, rappresentazioni consapevoli che si formano dal calcolo ma non saranno che estremamente soggettive [7]. Essa non si avvale dell’intenzionalità nel pensiero fenomenologico e anche psicopatologico secondo Jaspers [37]. L’IA non può provare angoscia esistenziale perché è priva di coscienza, emozioni e della consapevolezza della mortalità: assenza di soggettività, mancanza di istinto di sopravvivere, somiglianza della realtà....

Tuttavia l’IA può causare angoscia esistenziale negli esseri umani sollevando interrogativi sul futuro del lavoro, sulla identità umana e sulla natura dell’intelligenza.

VII. *Trattamenti*

A) I **trattamenti**, specie psicoterapeutici, delle finzioni e di simulazione sono complessi e mirano all’evoluzione della psicopatologia della simulazione e a modificare i pensieri e le emozioni che li sostengono, concentrandosi sullo sviluppo di nuove capacità relazionali e di regolazione delle emozioni più stressanti.

Un approccio non è solo la **terapia cognitivo-comportamentale (CBT)**, ma anche le terapie **psicodinamica** e quella **sistemico-relazionale**: questi approcci possono essere in interazione. L’obiettivo principale è far sì che la persona comprenda la sindrome fittizia, sviluppi empatia e affetti in modo più autentico e trovi strategie creative.

B) Nella relazione terapeutica l'emisfero destro è dominante sia nella psicoterapia profonda a breve termine di riduzione di sintomi come pure nella psicoterapia di promozione della crescita a lungo termine [37]. Nelle sindromi finzionali (considerati gli intrecci bio-psico-socio-culturali) un efficace terapia psicodinamica a motivo dei rispecchiamenti nel setting di attaccamento empatico - emotivo non verbale e inconscio, non si concentra *solo* sulla comprensione verbale consapevole, ma soprattutto sulla formazione di un legame profondo di comunicazione non verbale e *regolazione delle emozioni* all'interno della relazione terapeutica.

I re-enactment dell'attaccamento non sarebbero quindi errori tecnici del terapeuta o acting-out del paziente, bensì effetti della sensibilità del clinico mediata dal cervello dx, a una piena sintonizzazione verso la comunicazione non verbale ritenuta oggi un'abilità tecnica necessaria.

C) Il primo percorso degli interventi di cura riferibili ai pazienti delle finzioni è complesso. Dovrebbe essere consapevole cioè delle resistenze che si incontrano; conseguentemente si svolgono prioritariamente attraverso: *urgenza nelle strutture sanitarie*

1) *interventi psicoeducativi (anche cognitivi e comportamentali)*

2) *liaison-consultazioni*

3) *psicoterapie dinamiche strutturate*: sostegno, incoraggiamento ed eventualmente svelamento, interpretazioni sui nuclei inconsci. I rischi sono born-out, ricadute patologiche e pure finzioni di guarigioni [33].

Il *modello delle finzioni* è considerato come *metodologia d'appoggio* e persiste come *fondamento implicito* della teoria e della prassi adleriana, specie nelle strategie implicite dell'incoraggiamento (cfr. acquisizioni circa i *neurons mirror*, embodied, intentional attunement, [26] circuiti neuronali distinti regolanti emozioni come empatia, self-compassion, teoria della mente e il regolamento degli affetti [37] e le finzioni dell'I.A.

D) La Psicologia Individuale nelle **sindromi attuali**, ed i disturbi fittizi [19] e simulazioni di malattie mentali [27] e degli *specchi di inchiostri*, deve complessivamente promuovere una formazione evolutiva competente degli operatori sanitari, riferibili agli attuali problemi biologici, psicopatologici, clinici, psicoterapeutici, culturali [15]. Anche le Discipline Umanistiche ed Etiche si uniscono alla PIC [28]. Da queste proposte, dalle *finzioni specchio di inchiostri* deformanti si può evolvere verso specchi *performanti* interni smacchiati e autentici, grazie a trattamenti complessi sequenziali ed adeguati.

Uno dei problemi emergenti di una *Psicoterapia Neo-Finzionale* è se sia utile, opportuno e corretto *smascherare le finzioni (attraverso l'interpretazione, la confrontazione, l'analisi dello stile di vita.*

Lo *smascheramento* dev'essere preceduto (sia dal terapeuta che dal paziente) da una *disposizione mentalizzante*. Attraverso l'*interpretazione* incoraggiante si può iniziare un cauto chiarimento /smascheramento delle finzioni con l'utilizzo di un *controtransfert incoraggiante, consapevole, intenzionale ed autenticamente compassionevole* [16] ad eventuali movimenti di *enactment* e di *disclosure*.

VIII. *Finzioni ed evoluzione della* Psicologia Individuale Comparata

Il problema delle Finzioni, in riferimento all'evoluzione nel Modello della Psicologia Individuale Comparata - il "come se" e la dottrina delle finzioni in un'articolata *costruzione di carattere psicodinamico*- deve essere considerato anche nelle **formazioni** degli operatori sanitari.

In tale contesto, ad esempio, le *finzioni normali* si differenzerebbero dalle *finzioni rinforzate delle nevrosi* e delle psicosi. Questi disturbi *psicopatologici* sono *finalizzati* a modulare i bisogni dell'individuo di empatia, di affetto e di attaccamento sicuro. Quanto più intenso è il *senso di inferiorità*, tanto più pressante emerge il bisogno di un *movimento teleonomicamente orientato verso un fine ultimo di base sicura*.

Nella *molteplice tipologia delle finzioni* (fisiche, psichiche, sessuali, sociali, culturali e la I.A.) si può comprendere e superare i sensi di inferiorità. In questa direzione si immettono: sia l'*Aspirazione alla Superiorità* (un'istanza spesso prioritaria) sia l'*ideale di personalità* (di tipo finzionale). L'operatività terapeutica evolutiva online, rispetto alla ricchezza delle comunicazioni in presenza, è difficile e va compresa nella relazione interpersonale.

Anche nella terapia delle finzioni psicopatologiche è proponibile una revisione dei benefici dell'auto-compassione e di come gli psicoterapeuti possono integrarla nel trattamento. L'auto-compassione (SC) risulta da tre nuclei: *gentilezza, umanità comune e consapevolezza*.

I terapeuti compassionevoli verso il proprio dolore empatico saranno meno angosciati e la loro compassione viene percepita dai pazienti attraverso la *sintonizzazione emotiva*. Tuttavia dando compassione *finzionale* a se stessi o ricevendo compassione dagli altri può sorgere una resistenza inconscia fonte di ulteriore angoscia paradossa (cfr. fenomeno "*backdraft*" in [16]).

IX. Considerazioni critiche

A) È necessario promuovere negli incontri formativi per i clinici e dare rilievo all'**autenticità** della relazione analitica. Consapevole per quanto si può degli *aspetti finzionali della relazione*, dalla *finzione specchio di inchiostro*, si matura ad essere autentici [38]. L'efficacia dell'impegno degli *enactments* di comunicazione spontanea dell'analista emerge nella struttura di un'alleanza analitica.

Il cambiamento sarebbe dovuto non tanto alle *interpretazioni che smascherano le mete fittizie*, sicché sono considerate le finzioni, ma agli scambi profondi più spesso impliciti nei momenti d'incontro, spesso ma non sempre preceduti da momenti di significato [16]. I precursori sono *embodied simulation* e *intentional attunement* [21], identificazione imitativa, congeniale e creativa [16].

La PIC è un modello in evoluzione, riferibile alla regolazione degli affetti/emozioni, all'autostima, alla gestione dell'aggressività, al tipo di finzione: essa considera i sistemi della comunicazione e della memoria esplicita/implicita, di emozioni/cognizioni e dei vissuti di inferiorità, di vergogna e pure di aspirazione fittizia di superiorità ... L'alleanza col terapeuta è, per il paziente, il **prototipo di appartenenza** e di cooperazione autentica con una *persona significativa*.

Tale clima emotivo/cognitivo/culturale viene attivamente ricercato dal terapeuta, con l'intento di fornire sia interazioni non verbali, che un analogo e corrispondente atteggiamento del paziente verso gli altri e soprattutto verso se stesso.

Gli "specchi deformanti" delle Finzioni – dal caos al cosmos –, le evoluzioni della psicologia clinica e della psichiatria sono quindi condizionati da: autenticità della cura; qualità dell'Alleanza Terapeutica; il setting dell'incontro dello stile relazionale; una *vivida attitudine all'esperienza emotiva affettiva, cuore della relazione psicoterapeutica* [37].

B) La **formazione dei terapeuti** - essendo correlata alle evoluzioni dei trattamenti dei disturbi finzionali e di simulazione, riguardante sia gli psicoterapeuti che gli altri operatori della PIC, dal momento che le emozioni profonde, il cervello destro, le memorie implicite del terapeuta alla conoscenza di sé regolano l'accoglimento di sé e dell'altro, - è **allora una necessità scientifica e prerequisito etico al contempo**.

Il paziente impara a trattare sé stesso copiando implicitamente – cfr. *embodied simulation* [21, 37] – il modo con cui si sente trattato dal terapeuta nel setting: contesto di regole e procedure esplicite concordate e soprattutto implicite co-create. I tratti della personalità del terapeuta, i suoi stili di coping verso se stesso e le proprie ferite, le sue motivazioni alla professione, regolano a loro volta e nutrono l'attitudine all'identificazione empatica/compassionevole [16] e alla trasmissione implicita, counseling e terapia incoraggiante il paziente.

Elaborare le Finzioni allo svelamento alla verità psicologico clinica è compiere una trasmissione emotiva, intellettuale ed etica. Si tratta di un'interazione, nella teoria e nella pratica adleriana, delle comunicazioni implicite emotive tra terapeuta e paziente (Fassino e Rovera, 2023), tra *Self-Compassion* dell'uno e quella assente, ridotta o problematica dell'atro.

C) Recenti studi brain imaging che riferiscono empatia e compassione a diverse specifiche reti neurali, confermano l'ipotesi di un contagio emotivo, sincronia emotiva profonda tra paziente e terapeuta nell'incontro clinico: alleanza col deficit ed il processo di incoraggiamento risultano al contempo precursori ed effetti della self-compassion. La tardiva assunzione della funzione materna di Adler come essenza della relazione psicoterapeutica IPC [4] dovrebbe considerare una madre compassionevole oltre che empatica, specie nelle Finzioni Rafforzate [16].

La comprensione empatica/compassionevole rappresenta pertanto la propensione all'incoraggiamento specifica del fare, ma ancor più dell'*essere* psicoterapeuta. Lo stile dell'accoglienza empatica per concorrere all'evoluzione del Sé – da parte del paziente – deve il sentire compassionevole autentico del terapeuta, implicito che promuove l'alleanza e riparazione del deficit.

Emozioni e affetti, si è detto, alimentano le finzioni, e sono processati in esperienze relazionali complesse come empatia e self-compassion: di qui l'invito ad implementare la formazione dei terapeuti IPC con percorsi di analisi *del profondo* che favoriscano non solo *competenze* su tecniche mindfulness, ma l'acquisizione di *capacità*, alla conoscenza e regolazione delle proprie e altrui emozioni e lo svelamento e interpretazione delle dinamiche finzionali.

L'atteggiamento empatico-compassionevole “incoraggiante” del terapeuta, in sintesi, dovrebbe sostenere la implicita richiesta al/del paziente di sostituire le *mete fittizie* e di rinunciare alle barriere-difese nei confronti della self-compassion. Gli incontri con il *deficit*, con l'inferiorità, il dolore, la mancanza, come processo attivo, per ricevere e accogliere la comunicazione del paziente, decodificando *emotivamente* le sue emozioni e le sue espressioni simboliche più significative. Il terapeuta grazie alla sua formazione permanente saprebbe *come* comprendere quando il paziente si sente sfiduciato, *sa essere e fare come* [16].

D) Per l'**eresiarca** di Borges il caos è illusione o sofisma e gli specchi - archetipi di replicazione - lo moltiplicano e ne divulgano le finzioni. Le Intelligenze Artificiali talora elaborano il sofisma in proposizioni sintattiche prive di senso etico, ma organizzate: disinformazione, deepfake, fake news.

Borges direbbe che può diventare indefinita, non solo la riproduzione, di per sé difettosa e inaccessibile, ma l'eco di (dis)identità che determinano [18], giacché vengono rovesciati nell'ecosistema distopico della websfera "riflessi del reale" di cui è difficile classificare il portato...rendendoci talora miopi verso le nuove intelligenze umane che guidano le IA, utili per finzioni, protezioni, pericoli, sconfitte...

Lo psicoterapeuta – tuttavia - dovrebbe essere capace, per sé e per il proprio paziente, di provare, soffrire, fare, essere e attento alle **macchie d'inchiostro**, l'immagine riflessa di quell'universo che viene dal futuro prossimo, *esseri proteiformi* evolutivi, specchi deformanti: tuttavia egli è soprattutto creativo verso nuovi sviluppi del Sé: paternità /maternità di una nuova logica affettiva, ibrido capace di tradurre la peculiarità del nostro essere umani alla ricerca del senso della vita nel contesto di per sé poco confortevole....

Strano faticoso privilegio: al contempo vivente superficie riflettente e nuova vivente immagine riflessa.. *Cercare il senso della vita, specchiarsi nelle figure (del paziente e del terapeuta) reali e finzioni, il senso illumina la quotidianità con un ideale che fornisce, secondo Adler, direzione e significato della vita* [3].

Bibliografia

1. AA. VV. (2010), La rete delle Finzioni e nelle prassi adleriane, XXII Congresso SIPI, Sanremo, *Riv. Psicol. Indiv.*, 68.
2. ADLER, A. (1912), *Über den nervösen Charakter*, tr. it. *Il temperamento nervoso*, Astrolabio, Roma 1971.
3. ADLER, A. (1933), *Der Sinn des Lebens*, tr. it. *Il senso della vita*, Mondadori, Milano 2012.
4. ADLER, K. (1967), in WOLMAN, B. L., *Psychoanalytic techniques*, tr. it. *Manuale delle tecniche psicoanalitiche e psicoterapeutiche*, Astrolabio, Roma, 1974.
5. ANSBACHER, H.L., ANSBACHER, R.R. (1956), *The Individual Psychology of Alfred Adler*, tr. it. *La Psicologia Individuale di Alfred Adler. Il pensiero di Alfred Adler attraverso una selezione dei suoi scritti*, Martinelli, Firenze 1997.
6. BARTOCCI, G. (2016), *Visioni Apocrife*, Freak, Roma.
7. BATTAGLIA, P. (2006), *L'intelligenza artificiale*, UTET, Torino.
8. BORGES, J. L. (1941-1994), *Ficciones*, tr. it. *Finzioni*, Adelphi, Milano 2025.
9. CAVALLI-SFORZA, L. L. (1996), *Evoluzione culturale*, con saggio di T. Piovani, Treccani, Roma.
10. DA ROTTERDAM, Erasmo (1524), *De libero arbitrio*, tr. it. *Il libero arbitrio*, Fabbri, Milano 1996.
11. DA ROTTERDAM, Erasmo, LUTERO, M. (1524), *Libero arbitrio. Servo arbitrio*, Claudiana, Torino 2009.
12. DE CARO, M., SPINELLI, E. (a cura di, 2007), *Scetticismo: una vicenda filosofica*, Carocci, Roma.
13. DE CERVANTES, M. (1605-1615), *Don Quijote de la Mancha*, tr. it. *Don Chisciotte della Mancia*, Einaudi, Torino 2015.
14. DSM 5-TR (2023), Ed. V, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, tr. it. *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*, Raffaello Cortina, Milano 2023.
15. FASSINO, S. (2002), *Verso una nuova identità dello psichiatra*, C.S.E., Torino.
16. FASSINO, S., ROVERA, G. G. (2023), Per una psicodinamica della self-compassion: oltre l'empatia, tramite il sé creativo, *Riv. Psicol. Indiv.*, 93: 31-57.
17. FERRERO, A. (1995), *Insula dulcamara. Studi di psicologia e psichiatria psicodinamica*, C.S.E., Torino.
18. GABRIEL, L. (2023), *Il gesto digitale. L'arte nello spazio del virtuale*, Vita e Pensiero, Milano.
19. GABRIELLI, F. (1999), Disturbi fittizi, in *Trattato italiano di psichiatria*, cap. 57: 2257-2268, Masson, Milano.
20. GADAMER, H. G. (1960), *Wahrheit und Methode*, tr. it. *Verità e metodo*, Bompiani, Milano 1983.
21. GALLESE, V. (2009), Mirror Neurons, Embodied Simulation, and the Neural Basis of Social Identification, *Psychoanal. Dial.*, (19): 519-536.

22. KOPP, R. R. (1995), *Metaphor Therapy. Using Client-Generated Metaphors in Psychotherapy*, tr. it. *Le metafore nel colloquio clinico. L'uso delle immagini mentali del cliente*, Erikson, Trento.
23. JASPERS, K. (1913-1959), *Allgemeine Psychopathologie*, tr. it. *La psicopatologia generale*, Il Pensiero Scientifico Editore, Roma 2019.
24. LAMBERT, D. (2019), *La robotique et l'intelligence artificielle*, tr. it. *Robotica e intelligenza artificiale*, Queriniana Editrice, Brescia 2023.
25. LUTERO, M. (1525), *De servo arbitrio*, tr. it. *Il servo arbitrio*, Claudano, Torino 1993.
26. MORONCINI, B. (2001), *La comunità e l'invenzione*, Ed. Cronopio, Napoli.
27. NIVOLI, G. G., LORETTU, L., SANNA, M. N. (1999), Simulazione e malattia mentale, in *Trattato italiano di psichiatria*, cap.127, 3977-3993, Masson, Milano.
28. PAGANI, P. L. (1998), I problemi etici della psicoterapia, *Riv. Psicol. Indiv.*, 44: 23-41.
29. PANCHERI, P. (a cura di) et Al. (1999), Sindromi iatrogene, in *Trattato italiano di psichiatria*, cap.105, 3473-3508, Masson, Milano.
30. PARENTI, F., ROVERA, G. G., PAGANI, P. L., CASTELLO, F. (1975), *Dizionario ragionato di Psicologia Individuale*, Raffaello Cortina, Milano.
31. PIRANDELLO, L. (1921-1922), *Enrico IV*, Rizzoli, Milano 2018.
32. RATCLIFE, M. (2024), Emotion Regulation, Scaffolding and Psychiatry, *World Psychiatry*, 23(2)439.
33. ROVERA, G. G. (a cura di, 1999), *Tradizione e cambiamento. Prospettiva in Psicologia Individuale*, C.S.E., Torino.
34. ROVERA, G. G. (2002), Das Netzwerk Modell in der Individual Psychologie ans Erkenntnistheoretische sicht, in ZAPOTOCZKY, H. G., FISCHNOT, P. T. (Hrsg), *Psychiatrie der Lebensbschnitte*, Springer, Wien, New York, 77-96.
35. ROVERA, G. G. (2004), Iatrogenia e Malpratica in Psicoterapia, *Riv. Psicol. Indiv.*, 55: 7-50.
36. ROVERA, G. G. (2010), Peripezie della Finzione, *Riv. Psicol. Indiv.*, 68: 129-171.
37. SCHORE, A. N. (2019), *Right Brain Psychotherapy*, tr. it. *Psicoterapia con l'emisfero destro*, R. Cortina, Milano 2022.
38. STEIN, E. (1917), *Zum problem der Einfühlung*, tr. it. *Il problema dell'Empatia*, Studium, Roma 1985.
39. VAIHINGER, H. (1911-1922), *Die philosophie des als ob*, tr. it. *La filosofia del "come se"*, Astrolabio Ubaldini, Roma 1967.
40. WILDE, O. (1890), *The Picture of Dorian Gray*, tr. it. *Il ritratto di Dorian Gray*, Feltrinelli, Milano 2013.

COMUNICAZIONI



S.I.P.I.

Società Italiana di Psicologia Individuale

Member-Group of the International Association of Individual Psychology

**XXX CONGRESSO
NAZIONALE SIPI**

SPECCHI DEFORMANTI

La narrazione di Sé, degli altri, del mondo

24-26 ottobre 2025 | Parma | Starhotels Du Parc

Setting Clinici come specchi deformanti e trasformativi

FEDERICA ANDREOLI, OLIVIERO DONÀ

Summary – CLINICAL SETTINGS AS DISTORTING AND TRANSFORMATIVE MIRRORS. The setting is traditionally conceived as a technical device that encompasses the rules defining the formal conditions of psychotherapy, the modalities through which sessions unfold, and the relational frame in which the Adlerian psychotherapist places themselves at the service of the patient. This contribution explores the role that the setting may assume within the transformative process of psychotherapy: beyond its function as a fundamental technical tool, can the setting also operate as a distorting mirror? Can the relational context in which therapy takes place “deform” or condition the patient’s self-narrative, as well as the ways in which patient and therapist represent themselves and relate to one another? Drawing on clinical experience in unconventional therapeutic contexts—specifically, home-based psychotherapy and online psychotherapy—we examine how the setting may act as a mirror that, depending on the context, protects, amplifies, or distorts certain identity and emotional aspects of the patient, thereby influencing the development of the therapeutic relationship. Particular attention is given to the Adlerian concepts of fiction, apperceptive schema, and creativity, and to how these elements shift across different settings. Equally crucial are the dynamics of transference and countertransference, as well as the therapist’s attitude and counter-attitude, which frame the creative approach to the therapeutic encounter. Both home-based and online settings can thus function as therapeutic mirrors that foster an encouraging relationship and promote change—or, conversely, as “spectral” contexts that risk reinforcing defensive mechanisms, symptoms, or fictional narratives. The task of the Adlerian psychotherapist, regardless of the setting, is to cultivate an attitude of active listening, recognize the patient’s fictions, and creatively integrate the peculiarities of the therapeutic context. As a mirror, the setting can facilitate the process of change and the growth of the self, but it can also “deform” the image of those who inhabit it.

Keywords: CLINICAL SETTING, ADLERIAN PSYCHOTHERAPY, DISTORTING MIRROR, APPERCEPTIVE SCHEMA, FICTIONS, CREATIVITY, TRANSFERENCE, COUNTERTRANSFERENCE, ATTITUDE, COUNTER-ATTITUDE, ONLINE PSYCHOTHERAPY, HOME-BASED PSYCHOTHERAPY, ONLINE SETTING, HOME-BASED SETTING, THERAPEUTIC FRAME

Abstract – SETTING CLINICI COME SPECCHI DEFORMANTI E TRASFORMATIVI. Il Setting è considerato un dispositivo tecnico, esso comprende le regole che definiscono le condizioni formali, le modalità di svolgimento delle sedute e del processo terapeutico in cui lo psicoterapeuta Adleriano si pone al servizio del paziente. Nel presente contributo si articola una riflessione sul ruolo che il Setting può assumere nel processo trasformativo della psicoterapia: oltre a rappresentare uno strumento tecnico fondamentale per la relazione terapeutica può prefigurarsi come uno “specchio deformante”? Può il contesto in cui si gioca la relazione “deformare” o condizionare la narrazione del sé e la modalità in cui il paziente e il terapeuta si rappresentano, esprimono e relazionano? Nel tentativo di rispondere a queste domande ci si servirà dell’e-

sperienza clinica maturata sul campo dai terapeuti in contesti non convenzionali come quello domiciliare e delle psicoterapie online. Il setting può essere inteso come uno “specchio” che, a seconda dei contesti, assume una funzione protettiva, può amplificare e/o distorcere alcuni aspetti identitari ed emotivi del paziente e può influire nella generazione della relazione terapeuta-paziente. Il terapeuta Adleriano dovrà porre particolare attenzione ai concetti di finzione, schema appercettivo e creatività e come quest’ultimi possono mutarsi per ciascun paziente in contesti differenti. Fondamentali, inoltre, è la consapevolezza del ruolo del transfert e del contro-transfert, dell’atteggiamento e contro-atteggiamento del terapeuta e dell’approccio creativo nella relazione terapeutica. Sia il setting domiciliare che quello online possono, quindi, dimostrarsi “specchi” funzionali all’instaurarsi di una relazione incoraggiante il cambiamento o, viceversa, “spettri” che possono deformare e rinforzare meccanismi difensivi, sintomi, o finzioni. Compito del terapeuta Adleriano, in qualsiasi setting terapeutico sarà quello di porsi in una relazione di ascolto attivo riconoscendo le finzioni attivate dal paziente, servendosi in modo creativo delle peculiarità del contesto in cui si sviluppa la relazione terapeutica. Il Setting come uno “specchio” può quindi favorire il processo di cambiamento e la crescita del sé, ma può anche “deformare” l’immagine di chi lo abita.

Parole chiave: SETTING CLINICO, PSICOTERAPIA ADLERIANA, SPECCHIO DEFORMANTE, SCHEMA APPERCETTIVO, FINZIONI, CREATIVITÀ, TRANSFERT, CONTROTRANSFERT, ATTEGGIAMENTO, CONTROATTEGGIAMENTO, PSICOTERAPIA ONLINE, PSICOTERAPIA DOMICILIARE, SETTING ONLINE, SETTING DOMICILIARE, CORNICE TERAPEUTICA

Introduzione

Il presente lavoro nasce dallo spunto di riflessione relativo al titolo del XXX Congresso Nazionale SIPI: *Specchi Deformanti, la narrazione del sé, degli altri, del mondo*. Nello specifico, partendo dall’esperienza clinica maturata in contesti clinici non convenzionali ci si è posti una domanda attorno alla quale si articolerà l’intero elaborato: *“il “setting” clinico può essere interpretato come uno specchio deformante e trasformativo?”*

Nel tentativo di rispondere al quesito si cercherà di proporre un iniziale confronto tra il *setting* inteso come luogo in cui si articola il delicato processo di incontro tra il paziente ed il terapeuta e lo *specchio*, inteso come l’oggetto che riflette l’immagine. Successivamente sarà presentata una riflessione su quanto entrambi gli elementi possano essere intesi come parte del processo deformante e trasformativo della psicoterapia.

Nello specifico, saranno posti in esame i nuovi contesti terapeutici, cioè i nuovi spazi abitati dalla relazione tra terapeuta e paziente, all’interno dei quali è possibile il processo terapeutico e la co-costruzione di significati nonché l’esplorazione della narrazione del paziente, e di come essa possa rispecchiare la narrazione del terapeuta. Ci si concentrerà sul setting della psicoterapia domiciliare e sul setting della psicoterapia online, approfondendo rischi e vantaggi.

La cornice teorica che farà da sfondo al pensiero ed alle riflessioni sopra proposte sarà quella della Psicologia Individuale di Alfred Adler facendo riferimento a concetti quali lo schema appercettivo, le finzioni, la relazione tra paziente e terapeuta, il transfert ed il controtransfert, l’atteggiamento e il controatteggiamento, la creatività ed il sentimento sociale.

Crediamo che siano questi i punti di incontro che rendono possibile la lettura in chiave clinica della trasformazione che può subire il *setting* in contesti non convenzionali e di come i cambiamenti della cornice terapeutica possano essere un'occasione, un rispecchiamento e un riflesso della relazione tra paziente e terapeuta nel processo di co-costruzione del progetto terapeutico.

Infine, si cercherà di proporre uno spunto di riflessione su possibili sviluppi futuri per la clinica facendo fondamento sul rigore e le basi teoriche proposte da Alfred Adler, e di come i setting non convenzionali, in modo creativo, possano risultare delle utili risorse per il processo trasformativo dell'idea classica di psicoterapia.

I. *Il setting e lo specchio*

Nel tentativo di fornire una risposta al quesito inizialmente proposto, sembra utile iniziare da una riflessione riguardante ciò che può accomunare il *setting*, inteso come la cornice che fa da sfondo alla relazione tra paziente e psicoterapeuta nel processo di terapia e/o di analisi, e lo *specchio*, inteso come l'oggetto in cui ogni individuo, almeno una volta nella vita, si è trovato ad incontrare il proprio riflesso.

Il *setting* è definito da Pagani (11, p. 33) come *“luogo di incontro e di confronto, al cui interno si sviluppa il gioco interattivo della coppia analitica con i suoi circuiti elaborativi e creativo/ricreativi nell'intimo di una psicologia in cui sono coinvolte due persone”*, è la cornice all'interno della quale si incontrano paziente e terapeuta e in cui il delicato processo di esplorazione della narrazione della storia di vita del primo da parte del secondo può iniziare. La cornice assume una doppia valenza: simbolica e concreta. Simbolica, cioè le regole condivise proposte dal terapeuta ed accettate dal paziente che nel processo di interiorizzazione di quest'ultime potrà concedersi un graduale disvelamento rispetto al proprio stile di vita e meccanismi di salvaguardia di fronte al terapeuta che sarà pronto a rispecchiarlo. Concreta, cioè la materialità della stanza, come è composta ed arredata, nonché cornice fisica del luogo di incontro e di lavoro della coppia analitica.

Quando si parla di specchio in quanto oggetto, invece, così come si legge nell'enciclopedia Treccani [15], ci si riferisce *“qualsiasi superficie che rifletta la luce in modo abbastanza regolare... è usato normalmente per la cura della propria persona... e può essere di forma e dimensioni molto varie... per lo più incorniciato e, in taluni casi, decorato... in senso astratto... riferito a ciò che riflette, che lascia intravedere pensieri, emozioni, sentimenti tipici di una persona, o anche comportamenti, modi di essere caratteristici di una società...”*. Lo specchio, dunque, può essere inteso come l'oggetto incorniciato che tramite le leggi della fisica riflette la nostra immagine, ma anche, in senso simbolico e astratto come l'oggetto che può rispecchiare ciò che abita la nostra interiorità, i nostri vissuti emotivi, la nostra psiche: in poche parole noi e la nostra intima narrazione.

Non si fatica, quindi, ad individuare i tratti comuni: sia il *setting* che lo *specchio* hanno una doppia valenza, simbolica/astratta e materica/concreta. Entrambi forniscono la cornice che può rendere possibile l'emersione dei tratti caratterizzanti dell'individuo. Nella cornice del *setting* terapeutico, infatti, il terapeuta assume la funzione simbolica di *specchio* per il paziente aiutandolo, in un processo co-costruito, a comprendere il proprio stile di vita, il significato dei suoi sintomi, disvelando i meccanismi di salvaguardia e raggiungendo consapevolezza circa le proprie mete e le proprie finzioni. Viceversa, in un processo dinamico è anche il paziente a fare da *specchio* al terapeuta.

Tale processo è ben descritto da Pagani e Ferrigno (11, p. 34) fornendo un'interessante visione di ciò che significhi controtransfert all'interno della relazione terapeutica *“le cui dinamiche non dipendono soltanto da ciò che il paziente proietta sull'analista, ma anche dall'interazione tra tali proiezioni, lo stile di vita e i nuclei “patologici” dell'analista stesso, il quale deve... confrontarsi con una vasta gamma di sentimenti... e, quindi, con tutti i problemi legati ad un'eccessiva idealizzazione o a un'eccessiva svalutazione da parte del paziente”*.

Pertanto, la cornice fa da sfondo all'incontro tra i due individui *“fra due stili di vita, quello del paziente e quello dell'analista, le cui dinamiche affettivo-emotive tessono e intrecciano una nuova e originale “storia a due” che segue un itinerario unico e irripetibile, finalisticamente orientato, nel cui corso la coppia creativa, in costante movimento, si evolve.”*

Quindi, sia il *setting* che lo *specchio*, rappresentano elementi che nel contesto della relazione terapeutica: contengono, riflettono e ordinano all'interno di una cornice che non è mai del tutto neutra.

Gabbard [10], nel suo volume *violazioni del setting*, definisce così la cornice della stanza di analisi: *“la cornice... è un contenitore all'interno del quale avviene il trattamento. Sebbene il termine evochi l'immagine della cornice di un quadro, il concetto non è assolutamente così rigido... essa è un insieme dinamico e flessibile di condizioni che riflettono i continui sforzi dell'analista di rispondere al paziente e di creare un ambiente ottimale per il lavoro...”*.

II. Lo specchio che deforma e che trasforma

Il *setting* inteso come uno *specchio* che contiene la relazione co-costruita tra paziente e terapeuta, oltre a rappresentare la cornice della terapia è anche l'elemento che riflette, deforma, trasforma la relazione di sé (del terapeuta) e del paziente.

Ferrero [7] nella sua teorizzazione delle APPS lo definisce come *“la cornice, lo scenario di un'opera non ancora realizzata, in equilibrio, dunque, tra le “finzioni” intorno a cui si organizzano le patologie, così come le prospettive di guarigione”*.

In questo senso si può intuire la capacità trasformativa e deformante valida per i due attori e per i loro rispettivi stili di vita e schemi appercettivi [1].

Anche Rambaudi e Recrosio [12] utilizzando i concetti di *atteggiamento e contro-atteggiamento* cioè le modalità in cui terapeuta e paziente si pongono all'interno della relazione (“una messa in atto concreta, percepibile, nel qui e ora”) teorizza che lo stile terapeutico possa influire con lo stile del paziente attraverso dinamiche inter-individuali che, per l'appunto, si possono definire *atteggiamento e controatteggiamento*. In questo processo è sempre la cornice del setting a fornire la base per l'espressione dinamica dei movimenti relazionali tra paziente e terapeuta.

Un ultimo concetto fondamentale prima di approfondire in che modo muti il setting all'interno dei *nuovi contesti terapeutici* è quello del *setting interno*, cioè l'interiorizzazione da parte del terapeuta di tutte le caratteristiche specifiche del setting terapeutico, sia quelle simboliche che quelle concrete. È lo spazio mentale che il terapeuta riserva al paziente, la sua capacità di sospendere il giudizio, di mantenere aperta la riflessione sul materiale del paziente e sulla interazione, nonché l'atteggiamento, l'intenzionalità analitica del terapeuta [4, 12]. Grazie a questa predisposizione mentale il terapeuta riuscirebbe ad attivare il processo di sintonizzazione affettiva e a crearsi una propria rappresentazione della relazione esterna, sempre accessibile nella propria mente.

Il *setting interno* può essere considerato un ponte che fa da collegamento tra i *setting classici* e i *nuovi contesti terapeutici*. Le regole del *setting*, interiorizzate da terapeuta e paziente, possono essere stressate e riadattate all'interno di contesti terapeutici non convenzionali, dove la cornice terapeutica subisce delle variazioni.

III. Nuovi contesti terapeutici

Con il passare degli anni si è assistito a un cambiamento rispetto all'ideale classico del contesto in cui si svolge l'analisi e/o la psicoterapia in particolare, la possibilità di uscire dalla stanza privata dell'analista si è gradualmente concretizzata e, a partire dai percorsi di cura offerti dagli ambulatori specializzati, passando attraverso le psicoterapie nelle comunità terapeutiche, il ventaglio delle possibilità offerte agli psicoterapeuti per instaurare la relazione terapeutica con il paziente si è espanso

Questo processo ha spalancato la porta alla possibilità di adattare la cornice del setting a contesti non convenzionali anche per soddisfare bisogni clinici specifici. Un esempio sono le patologie organiche gravi (malattie neurodegenerative, malattie oncologiche) che possono rendere impossibile al paziente un percorso all'interno dello studio privato del terapeuta e, talvolta, anche l'accesso agli ambulatori del territorio. Recentemente, a livello globale, i sanitari sono stati chiamati a stressare le classiche modalità di lavoro per far fronte alla pandemia del SARS COVID-19.

La pandemia ha forzato i clinici a doversi reinventare per poter assicurare la continuità delle cure ai pazienti. Gli psicologi, gli psicoterapeuti e gli analisti in un'ottica *adlerianamente creativa* hanno traslato il proprio *setting* di lavoro in contesti quali le psicoterapie domiciliari e le psicoterapie online [5, 13].

Ma cosa accade al *setting* quando il contesto della terapia o dell'analisi muta? Per rispondere al quesito si farà riferimento ai concetti di base del modello della Psicologia Individuale di Adler.

Più nello specifico, sarà approfondito come i nuovi *setting* terapeutici possano essere un supporto per analizzare lo *schema appercettivo* del paziente e del terapeuta, cioè il modo in cui noi percepiamo noi stessi e il mondo e noi stessi in relazione al mondo [3]; quanto le nuove tipologie di *setting* possano essere utili all'analisi delle *finzioni* del paziente e del terapeuta nel lavoro di terapia, cioè delle immagini mentali auto-costruite creativamente dagli individui sulla base della personale storia di vita [1]; la *relazione* che si crea tra il terapeuta ed il paziente e, di conseguenza, l'analisi del *transfert* e *contro-transfert* e dell'*atteggiamento* e *contro-atteggiamento* all'interno di una cornice non convenzionale; come si articola la *creatività*, cioè il *sé creativo* di ogni individuo, il modo in cui si fa esperienza dell'esperienze vissute nel mondo per costruire il proprio atteggiamento soggettivo verso la vita [9]; ed, infine, il *sentimento sociale*, cioè la percezione profonda di essere parte del gruppo sociale, la capacità di “vedere con gli occhi di un altro, udire con le orecchie di un altro, sentire con il cuore di un altro” [2, 3].

Tali concetti appaiono funzionali ad una lettura della trasformazione dei *setting* terapeutici e di quanto la cornice della relazione terapeutica possa essere al contempo uno specchio che riflette e trasforma. Il terapeuta adleriano attento alle dinamiche profonde del paziente ed al proprio mondo interno sarà in grado di adattarsi ai mutamenti dei nuovi contesti terapeutici rendendoli funzionali agli obiettivi terapeutici ma, soprattutto, agli intimi bisogni dei pazienti.

IV. *Quando la casa diventa spazio di terapia*

Cosa si intende quando si parla di psicoterapia nel contesto *domiciliare*? Risulta utile fornire la definizione di ciò che si intende quando si parla di “casa”. Ceotto [5], in uno scritto in cui approfondisce come cambiano i contesti di cura, definisce “casa” come “un luogo “sociale” e di “apprendimento” in cui quotidianamente le persone agiscono, interagiscono e a cui danno significato”.

Il domicilio del paziente rappresenta il suo spazio privato, il luogo dell'intimità, il luogo che accoglie le dinamiche private degli individui. Quando il *setting* diventa *domiciliare* la cura e, di conseguenza, il terapeuta entrano a far parte del contesto privato del paziente che acquisisce una nuova dimensione simbolica divenendo cornice della

relazione terapeutica e spazio di riflessione, di analisi, di ascolto, di rispecchiamento e di trasformazione. L'idea classica di *setting* viene stressata, i confini materiali della stanza d'analisi diventano meno netti: è la casa a fare da cornice terapeutica e questo implica una maggiore permeabilità. Si assisterà ad una negoziazione della definizione delle regole simboliche e materiali del *setting* reciproca tra paziente e terapeuta e potrà capitare che questa negoziazione possa essere attuata anche di volta in volta e di colloquio in colloquio.

E, infine, al terapeuta sarà demandata una maggiore flessibilità, cioè la possibilità di destrutturare l'idea classica delle regole teoriche/tecniche del *setting* adattandole ai contesti domiciliari ed all'unicità delle case dei pazienti. Tale processo implica uno sforzo creativo di trasformazione e adattamento delle regole del *setting*, possibile grazie all'esperienza dei clinici e soprattutto grazie *setting interno* di quest'ultimi [4, 11, 12].

Riferendosi ai concetti Adleriani sopra descritti [1, 2, 3, 9], il *setting domiciliare* può rappresentare una risorsa nell'analisi dello *schema appercettivo* del paziente che all'interno della propria casa sarà portato, a mostrare caratteristiche del proprio funzionamento che, spesso, in un altro contesto terapeutico sarebbero meno accessibili o emergerebbero con maggiore difficoltà. Potrà essere possibile lavorare sui *meccanismi di salvaguardia* che all'interno del *setting classico* potrebbero risultare maggiormente celati o non emergere agli occhi e al sentire del clinico.

Allo stesso modo anche le *finzioni* del paziente, che si troverà a narrare la propria casa, le proprie dinamiche inter-personali, i conflitti interiori e relazionali all'interno della propria casa, saranno accessibili al clinico secondo una lente nuova, dipendente dalla cornice relazionale domiciliare. La *relazione* tra paziente e terapeuta è co-costruita all'interno dell'ambiente personale del paziente; quest'ultimo si trova ad accogliere il terapeuta nello spazio che abita, condividendo con il clinico "pezzi" concreti e materiali della propria vita privata (gli oggetti che abitano la casa, le foto, l'arredamento, i componenti della famiglia che la abitano, ecc.).

Tale particolarità offre al clinico l'occasione di misurarsi in una relazione caratterizzata da una maggiore vicinanza con il paziente. Le caratteristiche descritte diventano oggetto di analisi e, in questo processo, la *creatività* diventa uno strumento tecnico fondamentale. Il terapeuta creativo potrà servirsi della "casa" del paziente in senso simbolico, riuscendo ad abitare e a condividere con quest'ultimo il *setting domiciliare* nella ricerca della comprensione dell'unicità della *narrazione*, dello *stile di vita*, delle *finzioni*, dello *schema appercettivo* e dei suoi *meccanismi di salvaguardia*.

Il contesto domiciliare offre dei vantaggi: una maggiore accessibilità sia a elementi concreti della storia del paziente (la "casa" in senso materiale) sia a elementi simbolici del contesto intimo di quest'ultimo (la "casa" e ciò che rappresenta per il paziente).

Il paziente, inoltre, potrà mostrarsi al terapeuta con una maggiore spontaneità e autenticità poiché la relazione si costruisce all'interno del proprio contesto privato, della propria cornice. Questi aspetti arricchiscono gli strumenti del terapeuta che *creativamente* potrà avere uno sguardo più oggettivo su alcune delle narrazioni del paziente.

Il clinico, però dovrà porre attenzione ai rischi intrinseci al *setting domiciliare*, rappresentati dalla possibilità di confondere i confini sia materiali che simbolici, della cornice di lavoro e della relazione con il paziente; la ridotta neutralità: il terapeuta dovrà fare maggiore affidamento al proprio *setting interno* così da riflettere le “regole interiorizzate” ed adattare al contesto *domiciliare* del paziente; la maggiore esposizione sia da parte del terapeuta, che diventa ospite nella “casa” del paziente, sia del paziente stesso che si trova inevitabilmente a mostrare parti della propria intimità rendendola abitabile e condivisa con il terapeuta.

V. Esposizione clinica

Per riuscire a tradurre nel contesto clinico i concetti sopra descritti si è deciso di riportare l'esperienza nel trattamento domiciliare di pazienti con patologia organica complessa. Nello specifico si farà ai servizi offerti dalla struttura complessa di cure palliative dell'ASL1 di Imperia che accoglie pazienti con patologie organiche croniche non curabili dando loro la possibilità di usufruire delle cure domiciliari multidisciplinari.

Il primo elemento che si osserva nelle *terapie domiciliari* è il ribaltamento dei ruoli nel delicato processo dell'accoglienza del paziente: è il terapeuta che con il proprio veicolo si presenta presso la “casa” di quest'ultimo. In questa prima fase il clinico, nel proprio spazio mentale, ha l'occasione di prefigurarsi il luogo che farà da sfondo alla relazione terapeutica, la cornice muterà, inevitabilmente, da paziente a paziente: il *setting interno* risulta fondamentale per il successo della costruzione del setting che ospiterà la coppia terapeutica. Una volta raggiunto il domicilio, il terapeuta si troverà a “bussare alla porta” del paziente: “*permesso, buongiorno sono il Dott. ...*”.

In questo senso il concetto di accoglienza è stressato e si osserva un'inversione di ruoli. Il clinico attento avrà la possibilità di analizzare e comprendere il funzionamento del paziente e le sue caratteristiche già nel primo contatto e/o nel modo in cui quest'ultimo lo accoglierà: “*Dottore le offro un caffè; dottore posso offrirle la colazione; dottore oggi ci sediamo in giardino/in sala/in cucina, ecc...*”.

Tali elementi, che nel contesto del *setting classico* raramente emergerebbero e rappresenterebbero delle violazioni significative [10], nel contesto domiciliare assumono una valenza esplorativa e l'occasione *creativa* per il terapeuta che, anche se può trovarsi forzato ad alcune self-disclosures, potrà usare gli elementi emersi in ottica trasformativa e funzionale per il paziente.

Effettuato l'ingresso nella "casa" si negozia e si co-costruisce con il paziente il luogo/lo spazio che farà da cornice e che ospiterà il colloquio, il *setting* potrà mutare di volta in volta, *"le spiace se oggi ci sediamo in salotto/sala da pranzo/cucina/giardino/terrazzo perché c'è mio marito/moglie/figlio ecc..."*. Nella complessità dell'inclusione di nuovi "elementi" nella costruzione del *setting* (la presenza dei parenti che spesso sono i caregiver dei pazienti con gravi patologie organiche e sono fondamentali per il supporto medico in casa ne sono un esempio) il clinico ha l'occasione di "toccare con mano" di osservare in modo oggettivo il funzionamento del paziente anche nelle sue relazioni con i cari.

Si ha la possibilità di poter vivere e partecipare con il paziente ciò che nel *setting* classico rimarrebbe solo narrato. Abitare il *setting domiciliare* offre, inoltre, l'occasione di servirsi degli elementi concreti che diventano "oggetti" condivisi e tangibili per la coppia terapeutica.

Gli animali domestici: *"lei è Mimosa e lui Lupin, il mio cane e il mio gatto"*, come interagiscono con il paziente, con il terapeuta e con la coppia anche durante il colloquio; gli arredamenti e gli oggetti del paziente: *"vedo che ha delle foto di famiglia, le va di raccontarmi quando le ha fatte; vedo che ha una collezione di vinili, che significato ha per lei la musica; vedo una collezione di bambole, me ne parla un po'..."*, esempi che rappresentano un'occasione esplorativa per la storia e la narrazione del paziente. L'analisi e il lavoro terapeutico si attivano abitando e condividendo con il paziente il luogo che ospita la nuova coppia e che si trova a fare da sfondo alla relazione terapeutica.

In conclusione, il *setting domiciliare* con le sue particolari caratteristiche **deforma e stressa l'idea classica di setting ma non la distrugge**. Nella costruzione comune della cornice sono necessari da parte del terapeuta **rigore, flessibilità, attenzione, ascolto empatico, curiosità e creatività** e la possibilità di chiedersi che impatto abbiano sulla propria narrazione, sulla narrazione del paziente e sulla narrazione co-costruita tutti gli elementi, simbolici e concreti, sopra descritti.

VI. La stanza virtuale

Come per il *setting domiciliare*, il diffondersi delle psicoterapie online non costituisce solo un cambio di luogo o di mezzo, ma una vera e propria trasformazione della cornice relazionale e percettiva dell'incontro terapeutico. La riflessione su questo particolare tipo di *setting* si articola intorno a due questioni fondamentali: *"quale trasmissione emotiva risulta possibile a distanza? Come si configura la relazione terapeutica quando lo schermo diventa elemento mediatore?"*.

Quando il terapeuta incontra il paziente attraverso uno schermo, il *setting* si colloca in una dimensione intermedia: *entra nella casa del paziente* e, contemporaneamente, *mantiene una distanza fisica* che riorganizza la postura emotiva reciproca.

Questa duplice appartenenza — al privato del paziente e alla distanza del digitale — genera una configurazione complessa in cui presenza e assenza coesistono.

Nel setting online il corpo appare “*sospeso*”: filtrato dallo schermo [13]. La mediazione tecnologica introduce un filtro che, come evidenziato da Rinaldini [13], può avere una funzione tanto protettiva quanto espositiva. Lo schermo regola ciò che del corpo diventa percepibile: l'immagine è parziale, selezionata, ritagliata dall'inquadratura, e proprio per questo può diventare oggetto di controllo, mascheramento, compiacenza o invisibilità. La corporeità filtrata e la collocazione domestica amplificano le fantasie su come l'altro sia, su ciò che vede o non vede, sulla qualità dello sguardo che circola nella relazione.

Tuttavia, il virtuale può rivelarsi uno spazio sorprendentemente fecondo dal punto di vista clinico. Lo schermo, anziché ostacolo, può diventare veicolo di “*processi relazionali inaspettati*” [13]. La distanza fisica, anziché attenuare l'emotività, può talvolta facilitarne l'emergere: alcuni pazienti accedono con maggiore facilità a stratificazioni profonde del proprio vissuto, grazie alla sensazione di protezione legata alla mediazione digitale. Per soggetti in ritiro sociale, la stanza virtuale può rappresentare una soglia intermedia verso il mondo reale, un luogo transizionale che consente di sperimentare un contatto dosato e regolato.

Nel setting online lo *schema appercettivo* si manifesta attraverso l'immagine digitale, che diventa il luogo in cui il paziente si percepisce e viene percepito, con la possibilità di *mascherarsi*; in questo spazio filtrato le *finzioni* di controllo, compiacenza o invisibilità trovano un terreno particolarmente espressivo.

Questa particolare configurazione genera nuove forme di intimità e di empatia condivisa: una simmetria diversa, più sottile, che si costruisce attraverso lo scambio di sguardi mediato dalla tecnologia e dalla narrazione che ciascuno fa del proprio contesto. L'esperienza emotiva si articola allora attraverso nuovi linguaggi: l'immagine digitale, la qualità della connessione, il silenzio che si interrompe per una disconnessione, i tempi di risposta lievemente dilatati. Tutti questi elementi entrano nel *campo relazionale* e partecipano alla costruzione della significazione.

La *creatività* del terapeuta si manifesta nell'uso simbolico di questo *spazio sospeso*, che implica la capacità di ripensare la distanza, integrare gli imprevisti tecnologici nel campo simbolico e utilizzare l'immagine digitale come risorsa interpretativa, mantenendo una cornice al tempo stesso flessibile e trasformativa.

Il compito clinico, in questo quadro, consiste nel saper *abitare la distanza* senza tentare di annullarla, trasformando lo spazio interposto dallo schermo in un luogo di incontro simbolico. Non si tratta soltanto di ricreare online le condizioni del setting classico, ma di riconoscere che il virtuale produce una specifica forma di specchio: uno specchio che deforma in modo proprio, ma che proprio attraverso questa deformazione può dare accesso a nuovi contenuti emotivi, a “*aperture inaspettate*” che ampliano il campo della cura [13].

VII. *Rischi e risorse del virtuale*

L'introduzione del setting virtuale sollecita una riconsiderazione dei parametri che regolano l'incontro clinico, poiché esso istituisce uno spazio relazionale in cui rischi e risorse si intrecciano dinamicamente, trasformando le condizioni di accesso, percezione e co-costruzione del campo terapeutico.

Tra i vantaggi di questo particolare setting abbiamo: accessibilità, continuità della cura, possibilità di aprirsi grazie alla distanza. Tra i limiti: riduzione della corporeità, disconnessioni. Si pone la domanda se l'incontro nel virtuale sia "*una metà della storia*" [13], dato che molto dell'emotività mediata dal corpo viene persa.

Come sottolinea Ferrero [8], il setting permette l'emergere del materiale sub-simbolico. Nel *setting online* questa funzione è soggetta a micro-squilibri: la distanza fisica si contrae mentre quella emotiva può dilatarsi. La funzione simbolica deve essere ricostruita attivamente dal terapeuta, che diventa garante del campo, usando creativamente le peculiarità del contesto.

VIII. *Una riflessione clinica: dal virtuale alla presenza*

Un caso emblematico dell'impatto trasformativo del setting online riguarda un giovane adulto con sintomatologia conversiva a carico della vescica e un marcato stile di vita improntato alla passività e al ritiro dal contatto sociale. L'avvio della terapia era avvenuto online, scelta che inizialmente appariva dettata da ragioni pratiche ma che presto si è rivelata parte integrante della sua organizzazione difensiva: lo schermo rappresentava una barriera protettiva, un filtro necessario per gestire la paura di esporsi ed essere visto nelle sue parti vulnerabili e pertanto facilmente feribili. La scelta dell'online sottendeva, dunque, un'espressione conservativa della sintomatologia e dello *stile di vita* scoraggiato del paziente.

Dopo circa un anno di lavoro e di riflessione sul significato simbolico della scelta del setting online, si configurò come *now moment* di valenza potenzialmente trasformativa, la possibilità di passare agli incontri in presenza. Il primo incontro in studio rappresentò un vero e proprio *moment of meeting*, un passaggio simbolico in cui il paziente si mostrava in grado di tollerare il mostrarsi nella propria interezza, con tutto ciò che questo comportava in termini di ansia, vergogna e desiderio di riconoscimento. La terapeuta, dal canto suo, propose l'interpretazione di quel momento come apertura evolutiva, sostenendola. In quella vulnerabilità condivisa si generò un cambiamento del campo: un mutamento reciproco nella percezione dell'altro che diede avvio a una fase del percorso più autentica e meno difensiva. Per il paziente, il passaggio alla presenza divenne la testimonianza concreta della possibilità di tollerare l'esposizione; per la terapeuta, la conferma che la distanza dell'online, lungi dall'essere una barriera, aveva creato le condizioni per questo *gesto trasformativo*.

IX. *Riflessioni conclusive*

Arrivati a questo punto della riflessione, possiamo dire che ogni *setting*, proprio come uno *specchio*, deforma il campo relazionale in modo diverso, offrendo prospettive specifiche attraverso cui il paziente e il terapeuta possono incontrarsi. La cornice regolata dello studio, la permeabilità dello spazio domestico e la sospensione del digitale generano modalità differenti di vicinanza, distanza ed esposizione.

Queste deformazioni non costituiscono un limite, ma una condizione intrinseca del lavoro clinico: lo *specchio del setting* non è mai neutro e, proprio attraverso la sua particolare angolazione, permette di far emergere aspetti della narrazione di sé altrimenti difficili da cogliere. Ogni cornice, con le sue peculiarità, può diventare *occasione di rivelazione e di trasformazione*, a patto che il terapeuta sappia abitarla con consapevolezza e flessibilità.

Per fare questo è importante che il terapeuta sia consapevole e preservi il *setting interno*, facendosi custode di quelle che possono essere definite le *invarianti trasformative* della psicoterapia: la *funzione di rispecchiamento*, che rende visibile lo *stile di vita* e lo *schema appercettivo* del paziente; la *risposta nella relazione*, in cui la *narrazione* prende senso nello scambio, il *campo transferale* e *controtransferale*, e quello più ampio dell'*atteggiamento* e *controatteggiamento*, che rappresenta la traduzione incarnata del *sentimento sociale* nella relazione terapeutica [14].

Pertanto, ogni setting deforma lo specchio relazionale in modo diverso, e il riflesso che ne emerge può diventare *occasione di rivelazione e cambiamento*. La sfida clinica consiste nell'integrare rischi e risorse, modulando creativamente le peculiarità di ciascun contesto e mantenendo salda la funzione trasformativa della relazione. Il cambiamento nasce dal modo in cui paziente e terapeuta usano insieme la specifica deformazione del loro setting come strumento di conoscenza e crescita.

In definitiva, qualunque sia il *setting*, la trasformazione nasce sempre dall'incontro vivo tra paziente e terapeuta: un processo che, come ricordano Pagani e Ferrigno (11, pp. 29-30), non è mera esperienza intellettuale, ma un "*evento ontologico duale, capace di incidere nel vissuto di entrambi attraverso un'esperienza emotiva compartecipe e autenticamente incoraggiante.*"

Bibliografia e Sitografia

1. ADLER, A. (1912), *Über den nervösen Charakter*, tr. it. *Il temperamento nervoso*, Newton Compton, Roma 1971.
2. AMIANTO, F. (2018), Sentimento sociale: una proposta di articolazione sistematica in relazione alle neuroscienze, *Riv. Psicol. Indiv.*, 84: 69-91.
3. ANSBACHER, H. L., ANSBACHER, R. R. (1956), *The Individual Psychology of Alfred Adler*, tr. it. *La Psicologia Individuale di Alfred Adler*, Martinelli, Firenze 1997.
4. CASEMENT, P. (1990), *Further Learning from the Patient*, tr. it. *Apprendere dal paziente*, Raffaello Cortina, Milano 1996.
5. CEOTTO, A. (2019), *Come cambiano i contesti di cura*, Years Book Edidos SC, Centro di Terapia Familiare, Treviso.
6. FASSINO, S. (2016), Il sentimento sociale del terapeuta ri-attiva quello del paziente, *Riv. Psicol. Indiv.*, 79: 27-43.
7. FERRERO, A. (2009), *Psicoterapia Psicodinamica Adleriana (APP): un trattamento possibile nei dipartimenti di salute mentale*, Centro Studi e Ricerche in Psichiatria Editore, Torino.
8. FERRERO, A. (2010), Il lavoro sulle finzioni in psicoterapia: significato del setting, *Riv. Psicol. Indiv.*, 68: 81-93.
9. FERRIGNO, G. (2001), L'analisi e la psicoterapia psicodinamica secondo il modello adleriano, *Riv. Psicol. Indiv.*, 49: 15-27.
10. GABBARD, G. O., LESTER, E. (1995), *Boundaries and Boundary Violations in Psychoanalysis*, tr. it. *Violazioni del setting*, Raffaello Cortina, Milano 1999.
11. PAGANI, P. L., FERRIGNO, G. (1999), Transfert e controtransfert nel "setting" adleriano, *Riv. Psicol. Indiv.*, 46: 27-41.
12. RAMBAUDI, A., RECROSIO, L. (2021), *Teoria della tecnica analitica e psicoterapeutica. Il Setting*, Seminario presentato presso S.A.I.G.A., Torino.
13. RINALDINI, C. (2020), Il virtuale che lega. Riflessioni sul setting online, *Riv. Psicol. Indiv.*, 88: 65-81.
14. ROVERA, G. G. (2009), Le strategie dell'incoraggiamento, *Riv. Psicol. Indiv.*, 66: 139-160.
15. TRECCANI (s.d.), *Specchio*, in: Vocabolario Treccani online, <https://www.treccani.it/vocabolario/specchio/>

Il perdono come migliore espressione dell'empatia e della capacità di armonizzarsi col mondo⁽¹⁾

VITTORIO ARCOLINI

Summary – FORGIVENESS AS THE BEST EXPRESSION OF EMPATHY AND ABILITY TO HARMONIZE WITH THE WORLD. Forgiveness is itself a form of therapy that can alleviate pain and often predispose us to growth and inner transformation. Genuine forgiveness cannot arise from denial, repression or minimization of the actions that individuals may commit, but from another dimension that allows us to discover, at the root of our identity, the value of our relationship with ourselves, the other and the Beyond.

Keywords: FORGIVENESS, PROCESS, TO GIVE, TO GIVE ONESELF

Abstract – IL PERDONO COME MIGLIORE ESPRESSIONE DELL'EMPATIA E DELLA CAPACITÀ DI ARMONIZZARSI COL MONDO. Il perdono costituisce di per sé una terapia in grado di alleviare il dolore e sovente predisporre ad una crescita e ad una trasformazione interiore. L'autentico perdono non può nascere da negazione, rimozione o minimizzazione degli accadimenti che gli individui possono commettere ma da una dimensione altra che ci fa scoprire all'origine della nostra identità il valore della relazione con sé stessi, l'altro, l'Altro.

Parole chiave: PERDONO, PROCESSO, DONARE, DONARSI

Il perdono costituisce di per sé una terapia in grado di alleviare il dolore e sovente predisporre ad una crescita e ad una trasformazione interiore. In campo psicologico-psicoterapeutico è riscontrabile come il perdono possa comportare notevoli benefici in chi l'accorda, in chi lo domanda o lo riceve e nella relazione tra vittima e artefice dell'offesa. Lo studio delle reazioni a gravi offese, quali tradimenti e inganni, all'interno di coppie, famiglie, gruppi sociali, nazionali e sovranazionali ha permesso di osservare come il perdono non sia qualcosa di semplice e subitaneo.

L'autentico perdono non può nascere da negazione, rimozione o minimizzazione degli accadimenti che gli individui possono commettere, ma da una dimensione altra che ci fa scoprire all'origine della nostra identità il valore della relazione con sé stessi, l'altro, l'Altro, perché *“Di relazioni ci si ammala, di relazioni si guarisce”* [1]

(1) L'Autore dà per scontata la visione adleriana del tema per la quale si rimanda in particolare ad ADLER, A. (1928), *Kurze Bemerkungen über Vernunft, Intelligenz und Schwachsinn*, *Int. Z. Indiv. Psychol.* 6: 427-432, tr. it. in ADLER, A., *Aspirazione alla superiorità e sentimento comunitario*, Edizioni Universitarie Romane, Roma 2008, pp. 83-90. [N.d.R.]

Il perdono autentico, che allevia o cancella il rancore, non è mai un processo automatico e immediato, ma l'esito di un complesso lavoro intenzionale, introspettivo cognitivo, emotivo, relazionale. Libero da pregiudizi o specchi deformanti. Perdonare non significa dimenticare. Si perdona per essere liberi da sentimenti negativi di rancore, odio e rabbia che rischiano di minare l'equilibrio emotivo e la progettualità di una vita in armonia.

“Quando siamo in preda alla rabbia viene meno ogni forma di compassione, affetto, generosità, indulgenza, tolleranza e pazienza. Ci priviamo proprio di quei sentimenti che costituiscono le fondamenta della felicità... [5]: “Occhio per occhio... e il mondo diventa cieco”, dice infatti il Mahatma Gandhi.

Il perdono non è debolezza o cedimento ma possibilità di cogliere umanità negli occhi degli altri. Guardare oltre la superficie delle loro azioni. È comprendere il dolore che ne è la causa, vincendo, superando gli stereotipi che dominano e imperano nella società, secondo cui chi rinuncia alla vendetta è debole, fragile, cedevole.

“Se cambiamo punto di vista ed evitiamo le pericolose trappole del rancore e della vendetta, è possibile riscoprire la nostra autentica natura, e trasformare un evento apparentemente traumatico in un'occasione di comprensione, crescita ed evoluzione interiore” [5].

All'interno delle relazioni, il perdonare e l'essere perdonati contribuiscono a ristabilire tra vittime e colpevoli scambi di valenza positiva e cooperativa ed un grado di vicinanza emotiva più prossimo a quello che contraddistingueva in origine il rapporto. Può diventare promozione, offerta, avanzamento, recupero della fiducia per un nuovo inizio e può costituire un processo per donare e per donarsi... per tutte le persone che abbiamo ferito o che si sono sentite ferite.

L'Amore è più forte e può trasfigurare ciò che è stato sfigurato [3]. Guardare con occhi diversi ci fa imparare a chiedere perdono anche a noi stessi, che spesso diamo la responsabilità agli altri per tutto ciò che provoca dolore nella nostra vita. In realtà i primi responsabili di gran parte del nostro malessere siamo noi stessi. Non è tanto ciò che viviamo a farci soffrire quanto “come” decidiamo di vivere una determinata situazione.

Il come fa la differenza e dipende per lo più da noi che dobbiamo scegliere: “Voglio aver ragione o star bene?” e riconciliarci con la nostra storia perché ci sono ferite che riceviamo da bambini e che ci spingono a reprimere una parte di noi. Riceviamo ferite terribili di abbandono e tradimento, profonde e dolorose, che ci portano a interiorizzare una paura ancestrale di amare ed essere amati: “le ferite dei non amati” [7], mentre *“Se amiamo è perché siamo stati prima amati”* come diceva anche Papa Francesco.

Perdonare significa liberarsi dalla rabbia, dal risentimento, dai pensieri negativi nei confronti di chi ci ha fatto del male. Non significa dimenticare e, in un gioco di “specchi deformanti e specchi performanti”, “I vincenti cercano soluzioni, i perdenti un alibi” (Julio Valasco).

“La vita non è quello che ci accade Ma quello che facciamo con ciò che ci accade” [8].

Perdonare sé stessi significa accettare i propri errori e imperfezioni, liberarsi dal “senso di colpa” [10] e dal rimorso che possono accompagnare certe azioni e decisioni, significa che siamo umani e come tali possiamo sbagliare: **“Metti via la spada, disarmarla la mano e prima ancora il cuore”**, sono le parole rivolte da Gesù a Pietro nell’Orto degli ulivi.

La pace è disarmata, è disarmante. Non è deterrenza ma fratellanza. Non è ultimatum come frutto di vittorie sul nemico ma come risultato di semine di giustizia e di coraggioso perdono. (Papa Leone XIV).

Custodire e costruire relazioni di comunione profonda è tutt’altro che facile, ma è un’esigenza fondamentale del cuore: nessuno da solo, può fare esperienza della piena felicità. “Siamo tutti sulla stessa barca con l’esigenza di remare insieme” Impariamo a vedere la vita con occhi nuovi, pieni di gioia e speranza [3].

L’amore è il balsamo della pace capace di sanare le nostre ferite più profonde e le relazioni che si sono spezzate. L’Amore può tutto, è più forte della morte [3]. È ... *L’Amor che move Il sol /e l’altre stelle*. [2]. Invece *“Non tramonti il sole sopra la vostra ira”* (Lettera agli Efesini: 4,26-27) [6]. Ovvero non si deve permettere all’ira di persistere fino alla fine della giornata e bisogna risolvere i conflitti prima di dormire.

Il rancore avvelena il cuore. Il perdono guarisce le ferite del cuore. Nell’ottica dell’Amore come lo insegna Gesù si tratta di andare oltre il perdono: *“Amate i vostri nemici, fate del bene a quelli che vi odiano”* (Lc 8,27). L’Amore non tiene conto del male ricevuto...” Tutto scusa, tutto crede, tutto spera, tutto sopporta” (San Paolo, 1Cor: 13,5,7). *“Metti via la spada disarmarla la mano e prima ancora il cuore”*. Queste parole rivolte a Pietro da Gesù nell’Orto degli ulivi stanno a significare che, quando si è in preda alla rabbia viene meno ogni forma di compassione, affetto, generosità, indulgenza, tolleranza e pazienza, che sono i sentimenti che costituiscono le fondamenta della felicità [3].

L’espressione “disarmo disarmante” si riferisce a un appello a “disarmare le parole” come primo passo per “disarmare la Terra”. Si tratta di promuovere una comunicazione pacifica e libera da pregiudizi, rancore e odio. “Disarmante” non indica solo una pace “disarmata”, ma anche una pace che disarmare le resistenze e le cattive intenzioni con semplicità e spontaneità.

In *Pace su Nagasaki: Il medico che guariva i cuori* [7] leggiamo: “Il dottor Nagai avrebbe potuto odiare gli Americani, che con la loro bomba avevano distrutto tutto quanto aveva di più caro soprattutto la sua sposa Midori, che era la sua ispirazione. Invece Nagai semplicemente non permise all’odio e alla vendetta di prendere possesso della sua vita. Visse il Vangelo di Gesù con il suo messaggio di pace e riconciliazione. Egli scrisse centinaia di migliaia di parole per la pace. Quando la malattia causata dalle radiazioni lo consumò completamente, prese un pennello e scrisse le sue ultime parole: *Heiwa-wo*, “Sia la pace” [7].

Bibliografia

1. ADAMI-ROOK, P. (1996), Modello medico, modello psicoterapeutico, *Simposio, Riv. di Psicologia e Psicoterapia*, 5.
2. ALIGHIERI, D. (1357-1362), *La Divina Commedia*, in *Tutte le Opere di Dante*, Società Dantesca Italiana, Firenze 1960.
3. AMIRANTE, A. (2023), *L'amore vince. Il balsamo del perdono*, Piemme Mondadori Libri, Milano 2023.
4. DALAI LAMA, GOLEMAN, D. (2003), *Destructive Emotions: How Can We Overcome Them? A Scientific Dialogue with the Dalai Lama*, tr. it. *Emozioni distruttive. Liberarsi dai tre veleni della mente; rabbia, desiderio e illusione*, Mondadori, Milano 2003.
5. EILEEN, R., BORRIS-DUNCHUNSTANG (2010), *Forgiveness: the Ultimate Freedom*, tr. it. *Perdonare, La vera libertà degli esseri umani*, Pref. del Dalai Lama, Elliot Ed., Roma 2010.
6. FERRINI, M. (2004), *Tradimento Rancore Perdono*, Centro Studi Bhaktivedanta, Perignano (PI), 2004.
7. GLYNN, P. (2009), *Song for Nagasaki*, tr. it. *Pace su Nagasaki, il medico che curava i cuori*, Paoline Editoriale Libri, Milano 2015.
8. HUKLEY, A. (1959), *The Human Situation*, tr. it. *La condizione umana*, Feltrinelli, Milano 1995.
9. LA SACRA BIBBIA, Marietti Ed., Torino 1964.
10. SCHELLENBAUM, P. (1991), *Die Wunde der Ungeliebten*, tr. it. *La ferita dei non amati*, Red Edizioni, Milano 2002.
11. SPINSANTI, S. (a cura di, 1984), *In cammino oltre il senso di colpa*, Cittadella Editrice, Assisi 1984.

Sogni: deformazioni e trasformazioni nello Stile di Vita. Storie cliniche e suggestioni dalle Neuroscienze

PIA AVOGADRO

Summary – DREAMS: DISTORSIONS AND TRANSFORMATIONS IN LIFESTYLE. CLINICAL CASE STUDIES AND NEUROSCIENTIFIC INSIGHTS. In dreams, the self expresses itself through symbolic images that distort reality in order to reveal deeper truths. From an Adlerian perspective, dreams are a representation of one's lifestyle, a staging that reflects conflicts, desires, compensations, and teleological goals. This presentation explores dreams as a "distorting mirror" which, while altering perception, offers both therapist and patient an opportunity to access a transformative understanding of the self. Through clinical case material, we illustrate how dreams can be used in therapy to identify crystallizations of the lifestyle and to facilitate processes of change. Dream narratives, in particular, allow us to grasp aspects that have not yet been mentalized, opening up a fertile imaginative space for the reworking of experience. This contribution also integrates insights from neuroscience, with reference to neurocognitive mechanisms of dream production and the role of implicit memory in shaping personal meaning. In this dialogue between psychodynamics and neuroscience, dreams emerge as a privileged place of connection between bodily, emotional, and narrative experience.

Keywords: DREAM, DISTORTING MIRROR, LIFESTYLE, PSYCHOTHERAPY, MENTALIZATION, PANKSEPP, AFFECTIVE NEUROSCIENCE, NORTHOFF, SPATIOTEMPORAL NEUROSCIENCE

Abstract – SOGNI: DEFORMAZIONI E TRASFORMAZIONI NELLO STILE DI VITA. STORIE CLINICHE E SUGGERZIONI DALLE NEUROSCIENZE. Nel sogno, il sé si racconta attraverso immagini simboliche che deformano la realtà per rivelarne verità più profonde. In ottica adleriana, il sogno è una rappresentazione dello Stile di Vita, una messa in scena che riflette conflitti, desideri, compensazioni e mete finalistiche. Questa comunicazione esplora il sogno come "specchio deformante" che, pur distorcendo la percezione, offre il terapeuta al paziente e l'opportunità di accedere a una comprensione trasformativa del sé. Attraverso la presentazione di storie cliniche, verrà illustrato come i sogni possono essere utilizzati nel percorso terapeutico per individuare cristallizzazioni dello Stile di Vita e favorire i processi di cambiamento. Le narrazioni oniriche, in particolare, consentono di cogliere aspetti non ancora mentalizzati, aprendo uno spazio immaginativo fertile per la rielaborazione dell'esperienza. Il contributo integra inoltre alcune suggestioni dalle neuroscienze, con riferimento ai meccanismi neurocognitivi della produzione onirica e il ruolo della memoria implicita nella costruzione del significato personale. In questo dialogo tra psicodinamica neuroscienze il sogno emerge come luogo privilegiato di connessione tra il vissuto corporeo, emotivo e narrativo.

Parole chiave: SOGNO, SPECCHIO DEFORMANTE, STILE DI VITA, PSICOTERAPIA, MENTALIZZAZIONE, PANKSEPP, NEUROSCIENZE AFFETTIVE, NORTHOFF, NEUROSCIENZA SPAZIO-TEMPORALE

Buongiorno a tutte a tutti,

Oggi vorrei accompagnarvi in un percorso che intreccia clinica e neuroscienze, per riflettere sul sogno come luogo in cui la psiche deforma la realtà per rivelarne un senso più profondo. Il titolo richiama due parole chiave: deformazioni e trasformazioni.

Il sogno infatti deforma le immagini della veglia, ma lo fa per offrire la possibilità di una trasformazione: del nostro modo di sentire, di pensare, di rapportarci agli altri e a noi stessi.

Come sappiamo, Adler considera il sogno un palcoscenico dove l'individuo mette in scena simbolicamente il proprio orientamento vitale, il proprio Sé-Stile di Vita, cercando possibili soluzioni ai problemi che la vita reale gli pone. Esso è quindi teleologicamente orientato: non guarda al passato per svelare traumi, ma il futuro, indicando la direzione del nostro agire, la meta verso cui il Sé tende, spesso in modo inconsapevole.

Nel sogno le emozioni, le convinzioni e i conflitti del paziente si condensano e trovano espressione in simboli e immagini prese dalla vita diurna, quelle che ricordiamo al risveglio sono quindi immagini che deformano la realtà esterna per rivelarne la logica interna dello stile di vita. In terapia paziente terapeuta possono esplorare questi contenuti per ricostruire lo Stile di Vita e riorientarlo verso mete più realistiche e socialmente utili [1, 2].

Tuttavia, anche se queste osservazioni hanno fornito indicazioni cliniche fondamentali, l'interpretazione simbolica dei sogni non esaurisce il loro significato. Le neuroscienze, sebbene mai in maniera del tutto esaustiva, hanno tentato nel tempo di osservare e comprendere i processi cerebrali sottesi all'attività onirica per trovare delle spiegazioni più approfondite del fenomeno, permettendo di avere degli strumenti in più per esplorare come memoria implicita affetti primari si intreccino nella formazione dei sogni.

Un contributo particolarmente interessante, negli ultimi decenni, è stato quello di Jaak Panksepp e delle neuroscienze affettive, che nascono con l'obiettivo di indagare come gli affetti possono essere innescati dalle attività di specifici sistemi all'interno del sistema nervoso centrale. Gli studi di Panksepp lo hanno condotto a individuare i sette sistemi motivazionali-emotivi di base: CURA (CARE); RICERCA (SEEKING); PAURA (FEAR); RABBIA (RAGE); PANICO/SPFFERENZA (PANIC/GRIEF); GIOCO (PLAY); DESIDERIO SESSUALE (LUST) [14, 15, 16, 17].

Questi circuiti subcorticali non sono "pulsioni" nel senso freudiano, ma reti cerebrali che organizzano i comportamenti fondamentali dell'essere umano e la loro attivazione produrrebbe, quindi, cambiamenti a livello viscerale, affettivo, cognitivo e comportamentale. Il modo in cui ciascuno di noi li esprime e li regola diventa parte del proprio temperamento della personalità.

Nei sogni, in uno stato di ridotta interazione con l'ambiente esterno, questi sistemi possono emergere in forma simbolica, influenzando il tono emotivo e organizzando la trama delle immagini oniriche. Così, i sogni diventano un palcoscenico dove l'emozioni primarie, radicate nel cervello di ogni individuo, si intrecciano con lo stile di vita e con le mete esistenziali, offrendo alla coppia terapeutica indicazioni preziose sui conflitti e le possibilità di cambiamento del paziente.

L'integrazione fra prospettiva adleriana e neuroscienze affettive permette, quindi, di leggere il sogno come un fenomeno complesso e multidimensionale, come risultato dell'incontro tra affetti di base e lo Stile di Vita del soggetto, mete individuali, memoria implicita.

Nonostante le intuizioni di Adler e Panksepp siano complementari, resta un dubbio di fondo: è possibile collegare davvero la psicologia del profondo alle neuroscienze? Nonostante i progressi compiuti, gli approcci neuroscientifici continuano a basarsi su una psicologia scientifica tradizionale centrata su funzioni specifiche e su una prospettiva oggettiva, in terza persona, mentre la psicologia del profondo, che si concentra sull'esperienza soggettiva relazionale, richiede uno sguardo in prima o in seconda persona. Come si possono realmente conciliare queste due prospettive?

Un contributo che trovo estremamente interessante, nel panorama contemporaneo, prova a trovare una soluzione a questo evidente di vario metodologico e concettuale, e quello di Georg Northoff, un neuroscienziato e filosofo tedesco che propone una vera e propria neuroscienza spazio-temporale della coscienza che tenta di coniugare la ricchezza della prospettiva soggettiva adleriana con i contributi empirici delle neuroscienze [11, 12, 13].

Northoff parte dal considerare sia la mente che il cervello come processi dinamici, organizzati in dimensioni di spazio e di tempo. Lo spazio riguarda il modo in cui il cervello distingue ciò che appartiene al sé da ciò che è esterno. Il tempo riguarda la capacità di integrare esperienze su scale diverse: dal tempo percettivo rapido al tempo autobiografico che dà coerenza alla nostra storia personale. Riconosce, poi, la spontaneità intrinseca del cervello: anche quando è a riposo, in uno stato di disinvestimento sul mondo esterno, esso continua a generare attività spontanea, a intrecciare memorie implicite, emozioni e senso del sé attivando la Default Mode Network. Il sogno, in questa prospettiva, è un'estensione di questa attività endogena, un processo di auto-organizzazione che rielabora l'esperienza e mantiene la continuità del Sé.

Questa visione si integra bene con Adler: lo Stile di Vita non è solo un costrutto psicologico, ma si radica nel modo in cui il nostro cervello a riposo, spontaneamente, integra diversi elementi per costruire la coerenza narrativa di chi siamo.

Abbiamo così tre livelli che si parlano: la dimensione psicodinamica adleriana, che legge il sogno come rappresentazione simbolica dello stile di vita e delle mete; la dimensione emotivo-motivazionale di Panksepp, che evidenzia i motori affettivi di base che colorano i sogni; la dimensione neuro-spazio-temporale di Northoff, che ci mostra il cervello come generatore di scene endogene di continuità del sé. Insieme, queste tre prospettive, ci aiutano a vedere il sogno come fenomeno multilivello: simbolico, emotivo e biologico.

Vorrei concludere con un breve esempio clinico, che ci aiuta a concretizzare queste idee.

Vi parlerò quindi di un sogno di una paziente che chiameremo Martina, che ho iniziato a vedere in un percorso di psicoterapia SB-APP da 40 sedute, nel contesto dell'unità di psicoterapia, centro DPAA dell'ASL TO4. Martina è una ragazza di 26 anni, sposata con una donna, che, portando sintomi ansioso-depressivi, burnout lavorativo e caratteristiche specifiche che le facevano pensare all'autismo, ha chiesto una valutazione al centro specializzato in DSA dell'ASL TO4. Dopo la valutazione, tale servizio, non avendo riscontrato un quadro ascrivibile a un disturbo dello spettro dell'autismo, ma caratteristiche compatibili con un disturbo ossessivo compulsivo di personalità, l'ha inviata al centro DPAA per un approfondimento personologico.

L'assessment ha permesso di inquadrare il suo funzionamento di personalità come nevrotico, con importanti tratti ossessivi. Sono stati rilevati, nella sua anamnesi, vari elementi traumatici che contribuivano a farle sperimentare un forte malessere e le è stata proposta, quindi, una psicoterapia di 40 sedute.

Quando la incontro, Martina lamenta sintomi ansiosi e sostiene di aver vissuto un burn out lavorativo che le ha impedito di investire sulla sua carriera come freelance copywriter. Si sentiva bloccata e chiedeva di poter risolvere questo malessere per tornare a vivere normalmente.

All'inizio della terapia, quando raccolgo la sua storia, apprendo che la sua infanzia è stata traumaticamente segnata dalla schizofrenia del padre, che ha tentato il suicidio sotto i suoi occhi, e dal rapporto con una madre che presentava evidenti deliri di persecuzione e ha instaurato con lei una relazione fortemente invalidante e maltrattante. Racconta, inoltre, di episodi traumatici legati al suo coming-out, in adolescenza, e legati alla famiglia che ha costruito, da adulta.

Dopo il matrimonio, infatti, con la moglie ha cercato un figlio con la procreazione medicalmente assistita, la loro bimba nasce però con una malformazione cromosomica che comporta una disabilità e la necessità di costante assistenza sanitaria. Martina lamenta problemi relazionali con la moglie che presenta forti crisi di disregolazione emotiva che mettono in pericolo la bambina e mettono alla prova la relazione di coppia.

Durante la 8° seduta, mi racconta un sogno che l'ha colpita e lo descrive così:

“Mi trovavo nel bagno della casa dei miei zii, quella dove andavo da bambina... che in realtà non esiste più, però nel sogno c'era. Io però ero come adesso, adulta. Mi guardo allo specchio per lavarmi la faccia e vedo che... non so, è deformata. Completamente. Più lunga e stretta del normale e poi non si vedevano più gli occhi, la bocca, niente. Tutto sparito non c'era nulla. Ero come un manichino. Mi sono spaventata e ho urlato ma usciva solo una voce sottile. Mi tocco la faccia e la sento, cioè sento il naso, la bocca, però nello specchio non c'è nulla. Poi entra mia moglie, tutta tranquilla, con un sorriso mi dice “come sei bella amore”... e io dentro di me penso “ma come fa a non vedere che non ho più la faccia?”. Riguardandomi vedo un neo sullo zigomo che non ho mai avuto e sapevo che non era mio. Avevo fretta dovevo andare al lavoro e vivere la mia giornata ma ero terrorizzata dall'aver perso la faccia e non capivo, avevo l'ansia ma facevo finta che andasse tutto bene. A lavoro nessuno nota nulla io avevo la sensazione di portarmi dentro questo peso segreto.

Poi nel mio ufficio compare mia mamma, io non capivo cosa ci facesse lì, inizia a urlare sfogandosi di una cosa che le era successa e a lamentarsi di tutto, io le dico che devo lavorare e lei si lamenta che non ho mai tempo per ascoltarla. Poi sono per strada e in una vetrina di un negozio vedo di nuovo la mia faccia, c'è di nuovo quel neo e stavolta anche degli occhi, ma non erano i miei, erano molto più grandi e di una forma diversa dalla mia, era chiaro che non fossero i miei! vado in ansia... non capivo cosa mi stesse succedendo.

Cammino sempre più veloce fino a casa di mia madre, salgo e casa sua era una caverna buia, mi chiama mia moglie al telefono, mia madre commenta in modo molto aggressivo “ma non può stare un attimo senza di te?” e lei al telefono che dice “ma quando arrivi? Dobbiamo preparare la cena” ma pensavo che fosse strano visto che erano le 4 del pomeriggio. Poi ero di nuovo per strada e un uomo con la chitarra, di quelli che suonano per racimolare qualche moneta, molto carino e sorridente, mi ferma per dirmi che mi sono cadute delle chiavi, pensavo che sono proprio stupida che non me ne ero accorta, lo ringrazio e lui sobbalzando mi chiede “ma cosa ti è successo alla faccia? dove sono finite le tue sopracciglia e il naso e poi hai una bocca piccolissima!” io inizio a piangere come una fontana non so perché ma non riesco a smettere, l'uomo inizia a suonare la chitarra con una musica bellissima che mi sembrava di conoscere anche se non la conoscevo.

Cerco altri punti per strada in cui specchiarmi ma non li trovo... finché, smesso di piangere, l'uomo, che era ancora lì di fianco a me nonostante io avessi corso camminato e mi ero spostata, mi dice “sì ora va meglio, le tue sopracciglia sono tornate” e mi fa specchiare nella sua chitarra che non so perché aveva un adesivo che rifletteva ci si poteva vedere sopra anche se non era un vero specchio, mi guardo: sono di nuovo io e mi sveglio”.

Dopo aver raccolto le associazioni della paziente, ho provato ad incrociare le tre prospettive proposte prima e leggere questo sogno alla luce dei contributi di ognuno.

Per quanto riguarda la lettura adleriana, il sogno mette in scena lo stile di vita della paziente: un forte bisogno di controllo e ordine che però la lasciano frustrata e insoddisfatta. Rispetto al piano di realtà, la paziente sogna di perdere il volto mentre cerca di mantenere la quotidianità (lavarsi e andare al lavoro a rispondere alla madre). Il sogno riflette la tensione tra immagine sociale e autenticità personale, nella vita reale la paziente tende a funzionare, ad adattarsi e compiacere gli altri, anche a costo di perdere il senso di sé. Per quanto riguarda il piano intrapsichico, la sparizione del volto rappresenta la crisi del se ideale e la sensazione di inadeguatezza profonda. Il sogno mostra il conflitto tra la parte autentica (angosciata, smarrita) e la maschera sociale che “fa finta di niente”. La comparsa del neo e degli occhi estranei simboleggia le identità introiettate, frutto di un eccessivo adattamento alle figure a lei vicine (come la moglie e la madre).

Per quanto riguarda, infine, il piano transferale, la paziente ripropone la stessa dinamica: si mostra conforme, controllata, “funzionante” di fronte alla terapeuta (probabilmente per timore di deludere, di essere rifiutata siamo mostrasse la propria “vera faccia”?). L'uomo con la chitarra nel sogno, come la terapeuta, è una figura riparativa, restituisce le chiavi come restituisce la possibilità di “aprire” qualcosa, probabilmente la strada all'emoività autentica, diventa lo specchio attraverso cui Martina può riappropriarsi gradualmente di un volto emotivo autentico.

Per quanto riguarda, poi, la lettura del sogno secondo la teoria delle neuroscienze affettive di Jaak Panksepp, possiamo notare che quello della PAURA sembra essere il sistema più immediatamente attivato. La scomparsa dei lineamenti del volto sembra evocare in Martina l'angoscia di non essere vista riconosciuta. Strettamente collegato a questo sistema è quello del PANICO/SOFFERENZA che si attiverebbe in risposta alla solitudine rispetto alla madre e alla moglie che non la vedono davvero, e, anzi, reagiscono con indifferenza o irritazione e questo amplifica il vissuto di abbandono e incomunicabilità. Attraverso l'attivazione di questo sistema, la paziente rivive l'esperienza precoce di separazione mancanza di sintonizzazione emotiva, dolore da cui, nella veglia, si difende con il controllo l'efficienza e l'adattamento. Il sogno, invece, lo fa riaffiorare in forma simbolica, creando così un'opportunità per una sua rielaborazione.

Il sistema della CURA, poi, compare più tardi nella figura del musicista che la vede, l'aiuta e le restituisce la possibilità di aprire un nuovo contatto con il suo mondo emotivo e, di conseguenza, ripara la sua frammentazione interna. Il sistema della CURA, quindi, prendendo forma in questo personaggio, calma il sistema del PANICO/SOFFERENZA e modula a quello della PAURA.

Il sistema della RICERCA poi è il sistema che tiene in movimento all'intero sogno.

La paziente, nonostante l'angoscia, continua a cercare spiegazioni, specchi, conferme e infine un riflesso in cui riconoscersi. Infine, il sistema del GIOCO e del DESIDERIO SESSUALE sembrerebbero essere inibiti o assenti. La scena è infatti pervasa da tensione e controllo e appare priva di leggerezza e desiderio. Questo suggerisce che nello stile di vita di Martina il piacere e la spontaneità sono sacrificati, in favore dell'adattamento.

Per quanto riguarda, infine, la lettura secondo la neuroscienza spazio-temporale di Northoff, possiamo pensare al sogno come il risultato di un cervello che, in un momento di vita di transizione, nel suo stato spontaneo a riposo, tipico del sonno, fonde stimoli interni con tracce di esperienze esterne, intrecciandoli in una trama comune. In questa condizione, la dimensione spazio-temporale diventa evidente: diversi elementi di luoghi e di epoche differenti della vita della paziente vengono sovrapposti e ricombinati, dando vita a una scena che, deformando il volto della paziente, deforma lo spazio il tempo interni ed esterni per sostenere, attraverso la rinarrazione onirica, la continuità del sesso autobiografico.

Questo caso mostra come il sogno, pur deformando la realtà, può offrire al terapeuta e al paziente una chiave per trasformare lo Stile di Vita: dare parole al non detto che prende forma nelle immagini simboliche e, quindi, rendere consapevoli i conflitti impliciti, mobilitando nuove emozioni e immaginando altre possibilità di essere in relazione.

Il dialogo tra la prospettiva adleriana e le neuroscienze non svuota il sogno del suo significato simbolico, ma lo radica nel corpo e nel cervello, mostrandoci come le immagini oniriche siano il risultato di biologia in azione, affetti primari e stile di vita. Il sogno rimane dunque uno specchio deformante, ma proprio per questo prezioso: ci fa vedere ciò che dà svegli non sappiamo ancora nominare, e apre la strada trasformazioni profonde nella terapia e nella vita.

Bibliografia

1. ADLER, A. (1920), *Praxis und Theorie der Individualpsychologie*, tr. it. *Prassi e Teoria della Psicologia Individuale*, Astrolabio, Roma 1970.
2. ADLER, A. (1932), *What Life Should Mean to You*, tr. it. *Cosa la vita dovrebbe significare per voi*, Newton Compton, Roma 1994.
3. ANSBACHER, H., ANSBACHER, R. R. (1956), *The Individual Psychology of Alfred Adler*, tr. it. *La Psicologia Individuale di Alfred Adler*, Martinelli, Firenze 1997.
4. FERRERO, A. (2018), *Adlerian Psychodynamic Psychotherapy (APP): A Psychopathology-based Treatment*, Croydon (London): Adlerian Society UK & Institute for Individual Psychology (ASIIP).

5. FERRIGNO, G. (1996), Riflessioni interdisciplinari sul sogno, *Riv. Psicol. Indiv.*, 39: 15-41.
6. FERRIGNO, G. (2003), Sogno, neuroscienze, linguaggio multimediale e interdisciplinarietà, *Riv. Psicol. Indiv.*, 54: 5-34.
7. FERRIGNO, G. (2007), Il lavoro “del” sogno, il lavoro “sul” sogno, il lavoro “col” sogno: dal “sogno sognato” al “sogno raccontato”, *Riv. Psicol. Indiv.*, 62: 3-7.
8. FREUD, S. (1900), *Die Traumdeutung*, tr. it. *L'interpretazione dei sogni*, Newton Compton, Roma 1985.
9. JUNG, C. (1916), *Allgemeine Gesichtspunkte zur Psychologie des Traumes*, tr. it. *La psicologia del sogno*, Bollati Boringhieri, Torino 2007.
10. MANCIA, M. (2004), *Il sogno e la sua storia. Dall'antichità all'attualità*, Marsilio Editori, Venezia.
11. NORTHOFF, G., SCALABRINI, A. (2021), Project for a Spatiotemporal Neuroscience – Brain and Psyche Share Their Topography and Dynamic, *Frontiers in Psychology*, 12, 717402.
12. NORTHOFF, G., BUCCELLATO, A., ZILIO, F. (2025), Connecting Brain and Mind Through Temporo-Spatial Dynamics: Towards a Theory of Common Currency, *Physics of Life Reviews* (52), 29-43.
13. NORTHOFF, G., SCALABRINI, A., FOGEL, S. (2023), Topographic-Dynamic Reorganisation Model of Dreams (TRoD) – A Spatiotemporal Approach, *Neuroscience and Biobehavioral Reviews* (148), 1-17.
14. PANKSEPP, J. (1998), *Affective Neuroscience: The Foundations of Human and Animal Emotions*, Oxford University Press, New York.
15. PANKSEPP, J. (2010), Affective Neuroscience of the Emotional BrainMind: Evolutionary Perspectives and Implications for Understanding Depression, *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 12, 533-545.
16. PANKSEPP, J., BIVEN, L. (2012), *The Archaeology of Mind: Neuroevolutionary Origins of Human Emotions*, tr. it. *Archeologia della mente. Origini neuroevolutive delle emozioni umane*, Raffaello Cortina, Milano 2014.
17. PANKSEPP, J., DAVIS, K. L. (2011), The Brain's Emotional Foundations of Human Personality and the Affective Neuroscience Personality Scales, *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 35(9), 1946-1958.
18. PARENTI, F. (1983), *La Psicologia Individuale dopo Adler*, Astrolabio, Roma.

Specchi deformanti e costituenti nella costruzione del sé in età evolutiva: un parallelismo con il Mito della caverna di Platone nell'era digitale

SAVERIA BARBIERI, LAURA MELE, ROBERTO MIRANTE

Summary – DISTORTING AND CONSTITUENT MIRRORS IN THE CONSTRUCTION OF THE SELF IN DEVELOPMENTAL AGE: A PARALLELISM WITH THE MYTH OF PLATO'S CAVE IN THE DIGITAL AGE. The myth of Plato's cave, a well-known metaphor about perception and knowledge, is reinterpreted in light of social and technological changes that affect how identity develops in childhood and adolescence. Children and teenagers today face many influences - social, family, school, and digital - that act as mirrors shaping or distorting their sense of self. The comparison with the Platonic myth shows both possibilities and limits: it highlights the need to understand reality and find a sense of belonging, but it can also oversimplify the complexity and diversity of identity experience. This article offers an integrated reflection based on Adler's insights, suggesting educational and clinical strategies to support the development of an authentic and resilient Self in the digital age.

Keywords: DEVELOPMENTAL IDENTITY, MYTH OF CAVE, DIGITAL NARRATIVES, DISTORTING MIRRORS, SELF-CONSTRUCTION, ADOLESCENCE, CRITICAL AWARENESS

Abstract – SPECCHI DEFORMANTI E COSTITUENTI NELLA COSTRUZIONE DEL SÉ IN ETÀ EVOLUTIVA: UN PARALLELISMO CON IL MITO DELLA CAVERNA DI PLATONE NELL'ERA DIGITALE. Il mito della caverna di Platone, celebre metafora della percezione e della conoscenza, viene riletto alla luce delle trasformazioni sociali e tecnologiche che influenzano la costruzione dell'identità in età evolutiva. Bambini e adolescenti si confrontano in epoca odierna con molteplici stimoli – sociali, familiari, scolastici, digitali – che agiscono come specchi costituenti o deformanti della loro percezione di sé. Il parallelismo con il mito platonico evidenzia sia potenzialità che limiti: se da un lato evidenzia la necessità e la ricerca di comprendere la realtà e di trovare un senso di appartenenza, dall'altro rischia di semplificare la complessità e la pluralità dell'esperienza identitaria. L'articolo propone una riflessione integrata con le intuizioni di Adler che suggerisce strategie educative e cliniche per supportare una costruzione del Sé autentica e resiliente nell'era digitale.

Parole chiave: IDENTITÀ EVOLUTIVA, MITO DELLA CAVERNA, NARRAZIONI DIGITALI, SPECCHI DEFORMANTI, COSTRUZIONE DEL SÉ, ADOLESCENZA, CONSAPEVOLEZZA CRITICA

Introduzione

Il mito della caverna di Platone, una delle più celebri metafore della filosofia occidentale, racconta la condizione degli uomini imprigionati in una realtà di ombre, incapaci di distinguere ciò che è autentico da ciò che è illusorio [4]. Solo attraverso un percorso di liberazione e di conoscenza è possibile uscire dalla caverna e contemplare la verità. Questo paradigma si presta a essere riletto alla luce delle trasformazioni sociali e tecnologiche che caratterizzano la contemporaneità, soprattutto quando si considerano le sfide evolutive che bambini e adolescenti affrontano nella costruzione della propria identità.

I. Specchi costituenti e deformanti

L'infanzia e l'adolescenza sono attraversate da una continua ricerca di senso e appartenenza. In tale percorso, i giovani si confrontano con molteplici stimoli provenienti da contesti differenti: la famiglia, la scuola, i gruppi di pari, le comunità digitali. Ciascuno di questi ambiti funziona come uno "specchio" che riflette un'immagine del sé. Alcuni specchi svolgono una funzione costituente, favorendo l'emergere di una percezione autentica e coerente della propria identità. Altri, invece, possono rivelarsi deformanti, amplificando fragilità, distorcendo l'autopercezione e alimentando vissuti di inadeguatezza.

Il parallelismo con la caverna platonica diventa qui evidente: così come i prigionieri sono attratti dalle ombre proiettate sul muro, i ragazzi rischiano di confondere i riflessi digitali – filtrati da social media, algoritmi e rappresentazioni idealizzate – con la realtà. L'esperienza del sé, allora, oscilla tra autenticità e illusione, tra desiderio di appartenenza e rischio di alienazione.

II. Il corpo come fondamento dell'identità

Un aspetto cruciale nella costruzione del sé, spesso trascurato nell'era digitale, è la possibilità di incarnare il proprio corpo e di accettarlo nella sua verità. L'adolescenza, con le sue trasformazioni fisiche e psichiche, espone a un confronto inevitabile con l'immagine corporea. I media digitali, con i loro standard estetici spesso irraggiungibili, possono agire come specchi deformanti che indeboliscono l'autostima e la percezione di autenticità.

Come ricorda efficacemente Rupī Kaur:

«ho ridotto il mio corpo all'estetica dimenticando la sua opera di tenermi in vita» [3].

Questi versi condensano la tensione tra immagine e sostanza, tra apparenza e funzione. Aiutano a comprendere quanto sia importante restituire al corpo la sua dignità, riconoscendolo non solo come oggetto di sguardi esterni, ma come radice della propria esistenza, fondamento di esperienze, emozioni e identità.

Sostenere i giovani nel riconoscere e abitare il proprio corpo significa offrire loro un ancoraggio concreto alla realtà, un punto di resistenza rispetto alle ombre digitali. Incarnare il corpo non vuol dire soltanto accettarne i limiti, ma anche scoprirne le potenzialità espressive, relazionali e creative.

III. *Adler: strategie educative e cliniche*

Le intuizioni di Alfred Adler risultano preziose per illuminare questo scenario. Il suo concetto di sentimento sociale (*Gemeinschaftsgefühl*) sottolinea l'importanza del legame comunitario e della cooperazione nella crescita individuale [1, 2]. L'identità si costruisce non in isolamento, ma nel riconoscimento reciproco e nell'esperienza di appartenenza.

In ambito educativo e clinico, ciò si traduce nella necessità di promuovere esperienze che rafforzino il senso di autoefficacia e la fiducia nelle proprie risorse. Strategie come l'educazione alla consapevolezza corporea, l'uso critico dei media digitali, la valorizzazione dei talenti personali e la creazione di contesti relazionali inclusivi possono sostenere i giovani nel costruire un sé più autentico e resiliente.

IV. *Oltre la caverna: un equilibrio complesso*

Il mito della caverna ci invita a riflettere sul desiderio umano di verità, ma al tempo stesso ci mette in guardia dal rischio di semplificare la complessità dell'esperienza identitaria. In età evolutiva, la costruzione del sé non è un processo lineare di uscita dalle ombre verso la luce, ma un percorso intrecciato di esplorazioni, cadute e scoperte.

Nell'era digitale, il compito degli adulti – genitori, educatori, clinici – è quello di offrire strumenti per distinguere tra specchi costituenti e deformanti, accompagnando i ragazzi a riconoscere e abitare la propria identità nella pluralità delle sue dimensioni: relazionale, cognitiva, corporea, digitale.

V. Strategie Cliniche nell'Era Digitale

1. L'Impatto Deformante dei Social Media sull'Identità in Età Evolutiva

I social media rappresentano un palcoscenico in cui bambini e adolescenti esplorano e costruiscono la propria identità attraverso l'autopresentazione, le interazioni con i coetanei e l'espressione emotiva. Tuttavia, queste piattaforme agiscono prevalentemente come "specchi deformanti" piuttosto che come riflessioni sane e costituenti, in quanto enfatizzano immagini e stili di vita curati e idealizzati.

Questo ambiente favorisce un intenso confronto sociale, a standard irrealistici e la Paura di Perdersi Qualcosa (FOMO). L'adolescente, come il prigioniero nella caverna platonica, confonde la rappresentazione filtrata (il "sé ideale" online) con l'autentico, compromettendo lo sviluppo di un'identità genuina e la formazione dell'autostima. La forte dipendenza dal feedback dei coetanei attraverso i social media per dare un senso all'esplorazione identitaria può essere potenzialmente dannosa a causa delle sfide emotive e psicologiche che ne derivano.

2. Aumento dei Problemi Psicologici legati all'Immagine Corporea

L'influenza distorta dei social si riflette direttamente sulla salute mentale. Negli ultimi 20 anni, si è registrato un notevole aumento dei problemi di salute mentale tra bambini e adolescenti correlati all'immagine corporea e all'autostima.

Gli studi evidenziano tassi crescenti di insoddisfazione corporea, ansia, depressione e disturbi alimentari a livello globale, strettamente correlati all'esposizione agli ideali corporei diffusi online. Ad esempio, i sondaggi indicano che circa un terzo degli adulti si sente ansioso o depresso per via delle preoccupazioni relative all'immagine corporea, e circa uno su otto ha avuto pensieri suicidi legati a questi problemi. Tra gli adolescenti (13-19 anni), una percentuale significativa riferisce di sentirsi preoccupata, turbata o in imbarazzo per il proprio corpo, un aumento sostanziale rispetto ai decenni passati.

3. Confronto con i Dati Passati e la Frammentazione del Sé

La differenza tra i dati attuali e quelli passati evidenzia come i social media e la tecnologia amplifichino le pressioni legate all'aspetto e all'identità. In precedenza, le problematiche relative all'immagine corporea erano influenzate principalmente dagli ambienti sociali immediati (famiglia, coetanei, scuola) e dai media tradizionali (TV, riviste). Tuttavia, la natura pervasiva, interattiva e spesso anonima dei social media aggiunge nuove dimensioni a queste pressioni.

L'esposizione continua, spesso passiva, a immagini idealizzate online è correlata a una maggiore insoddisfazione corporea e a un minore benessere psicologico rispetto alle generazioni precedenti. Gli adolescenti moderni affrontano un "rispecchiamento" del sé ampiamente plasmato da circuiti di feedback digitali e sociali che prima non erano disponibili.

Questa dinamica porta alla Frammentazione (Adler - Unità Biopsichica) [1, 2]:

- Si assiste a un iper investimento sul cognitivo ed emotivo senza regolazione, disconnettendo l'individuo dal corpo come luogo di esperienza autentica.
- L'individuo non si percepisce più come unità biopsichica indivisibile, ma come un insieme di "sé parziali" (il volto da selfie, il corpo esibito).
- Il corpo non è più un luogo da abitare ma da mostrare, usato in modo sminuzzato, depauperando la connessione necessaria alla co-regolazione e al legame sociale.
- Questa disintegrazione è la "malattia" del nostro tempo: un Sé non integro e non pieno, che non sviluppa il Sentimento Sociale (Adler) [1, 2], sostituito dall'ansia da prestazione e dalla paura di esclusione (FOMO).
- (*"Dove senti la paura di non essere all'altezza quando scorri Instagram? Una stretta allo stomaco?"*).

VI. *Decostruire il Modello Fittizio e l'Autenticità (Adler)*

L'aspetto principale diventa smantellare l'obiettivo fittizio di perfezione e sviluppare il coraggio dell'imperfezione attraverso l'analisi dello Stile di Vita e l'incoraggiamento. Il confronto con i social è spesso un'amplificazione di un senso di inferiorità preesistente, per il quale il terapeuta deve sistematicamente incoraggiare il paziente, rafforzando il suo valore intrinseco, non legato all'approvazione esterna. Si lavora per identificare l'obiettivo ultimo (es. *"Devo essere amato da tutti i follower per avere valore"*).

Allo stesso tempo diventa fondamentale arrivare a differenziare tra Essere e Apparire: lavorare per "uscire dalla caverna" sostituendo l'esplorazione dell'identità online (mascheramento) con sperimentazioni di un Sé autentico *offline* (passioni, interessi, relazioni, attività reali).

VII. *Esemplificazione clinica*

Queste sollecitazioni sono frutto di una profonda riflessione relativa al confronto clinico tra colleghi, che ha portato a riconoscere alcuni fattori caratteristici dell'epoca che stiamo vivendo in concomitanza con un esponenziale aumento dei disturbi d'ansia caratterizzati da importanti somatizzazioni.

Nello specifico oggi cercherò di accompagnarvi nella stanza di terapia per raccontarvi il difficile processo di conoscenza, non ancora concluso, che ha portato F. a prendere consapevolezza di parti di sé frammentate e negate per lungo tempo, caratterizzato dall'incessante desiderio iniziale di ritornare a quello stato di beata ignoranza, apparentemente indolore.

F. infatti giunge in consultazione a seguito di un grave ed improvviso episodio di attacco di panico, con difficoltà respiratorie e tachicardia, verificatosi durante un allenamento agonistico di sci alpino, disciplina sportiva che aveva praticato a livello competitivo fino a quel momento, sotto la neve, in una piccola località austriaca senza alcun sostegno medico o morale da parte dei suoi allenatori, e da cui non è stato possibile andarsene per quasi due giorni.

La sintomatologia ha incluso, oltre ad un tono dell'umore deflesso ed all'ansia generalizzata, con ulteriori attacchi di panico, anche manifestazioni somatiche ricorrenti come frequenti eruttazioni, nausea, senso di vomito e inappetenza, che ne hanno ulteriormente compromesso la qualità della vita a tutti i livelli.

L'evento, vissuto con grande affaticamento e disagio, ha avuto ripercussioni profonde, segnando una brusca interruzione della sua attività sportiva, ma anche arrivando a rappresentare un vero momento di frattura nella sua storia di vita.

Anche F., come il filosofo che esce alla luce del sole, non lo fa di sua volontà, liberandosi con coraggio dalle catene, viene invece obbligato, e trascinato a forza fuori di essa, ed all'inizio soffre perché il sole lo acceca non vede alcunché e perché è incredulo di fronte a ciò che gli si para davanti e che non capisce.

Inizia così un costante processo di alfabetizzazione emotiva e di presa di contatto con il suo corpo, attraverso un lavoro di alleanza terapeutica e di fiducia, iniziato al nostro primo incontro in cui mi chiese in quanto tempo sarebbe guarita questa cosa che gli era successa, ed io cominciai a raccontargli qualcosa sull'ansia, su come si presentava ed anche sul perché era arrivata, ma giustamente lui voleva solo sapere quando sarebbe finita ed avrebbe smesso di sentirsi così fragile.

D'altronde F. è un bel ragazzo, alto, con un fisico atletico, simpatico e tenebroso al tempo stesso, di famiglia molto benestante e con un sorriso da copertina. Non c'era alcun motivo per sentirsi così male: era inspiegabile per lui e per la sua famiglia. Infatti i primi mesi di lavoro sono stati caratterizzati da tutta una serie di indagini diagnostiche volte a scovare problematiche gastro-intestinali tali da giustificare la sintomatologia che lo pervadeva. I giorni passavano nel tentativo di non pensare a stare male di non sentire l'aria nell'esofago, nel non preoccuparsi di poter improvvisamente vomitare a scuola davanti a tutti.

Le certezze che pensava di aver acquisito crescendo si sgretolavano giorno dopo giorno sotto i colpi di un'ansia anticipatoria sempre più pervasiva e di un corpo che non controlla più e gli trasmette solo dolore. In questi mesi di fatica ed ansia, F. si avvicina molto ad una compagna di classe, che in fondo non rappresenta i canoni estetici e sociali a cui lui faceva riferimento, ma anzi ne sembra quasi l'antitesi, una ragazza schiva e taciturna anch'essa in preda a difficoltà legate all'ansia, che lui dice avere visto realmente per la prima volta.

In questo rapporto amicale F. ritrova motivazione e pace interiore fino al momento in cui si baciano, allora realizza che lei non gli piace e comincia a darsi addosso definendosi stronzo e anaffettivo e narcisista, molto simile a suo padre.

Durante l'estate cominciano ad arrivare una serie di vocali: *“ciao Roberto come stai? mi capita spesso di pensarti, soprattutto quando sto male, che non è bello da dire, ma è così. oggi ti ho pensato perché ho fatto una sgravata sul windsurf sono andato in mezzo al mare, perché volevo andare in una spiaggia lontana, in cui non si poteva andare peraltro, ma solo che mi sono trovato in mezzo al mare con le onde enormi e mi è venuta un'ansia fortissima, ma sono riuscito a gestirla e tornare, però è stata una brutta sensazione quindi ti ho pensato, però ho anche incontrato quella ragazza che mi aveva lasciato e ci siamo baciati”*.

“ciao Roby come stai? io non molto in effetti perché ho l'influenza e oggi non è stata una bellissima giornata perché avrei dovuto passarla con la mia fidanzata, ma invece sono stato male, lei carinissima mi ha aiutato, ma nulla, mi girano un po' le scatole che non posso godermi questi momenti, non è facile non lasciarsi andare ai brutti pensieri anche se me la sto gestendo abbastanza bene”.

“ciao Roby, stasera sto male...sono a casa nulla di grave, solo che oggi è peggio degli altri giorni e non riesco nemmeno a guardarmi un film. mi sento davvero confuso, e male. continuo a non riuscire a trovare del bello nelle cose e appena mi sento troppo male entro su tik-tok per distrarmi. anche la mia ragazza mi fa stare male, perché sento che vorrei allontanarmi ma sono anche consapevole che starei solo peggio. A lei non riesco a dire come mi sento. l'ho detto a mamma e ad un amico, ma non mi hanno fatto stare meglio neanche un po'.”

“ciao Roby, sono al secondo giorno di corso, sto facendo fatica ma sto tenendo botta a quanto pare. non pensavo sarei arrivato fino a questo punto perché stavo troppo male. durante ogni lezione ho paura di non riuscire a restare lì e quindi sono poco presente e continuo a pensare a scenari in cui devo scappare perché mi sento male o scenari in cui vomito a caso. Faccio fatica nel non immergermi in sti pensieri”.

“Roby scusami non son riuscito a venire oggi”, io: “mi spiace, come stai?” “non malissimo in realtà, ho solo perso la voglia di vivere, però mi sento meglio”.

“non sto malissimo ma domani torno dal modulo prima perché non riesco a sciare. non ho più voglia di far nulla”

“ciao Roby son tornato dal modulo e mio padre si è incazzato, ma non va male con lui. però la ragazza mi ha lasciato due giorni fa dicendo che l’ha fatto perché la mia depressione la sta tirando giù. sinceramente mi ha distrutto.”

“Roby oggi le ho parlato e sto molto male. la mia voglia di farla finita è aumentata notevolmente. non so come fare. ho preso il coltello e mi sono guardato il braccio per un po’ e ho avuto paura”.

VIII. Conclusione

Rileggere Platone nell’era digitale significa interrogarsi non solo sulle ombre che rischiano di imprigionare l’identità, ma anche sulle possibilità di emancipazione che l’esperienza contemporanea offre. Se l’obiettivo del percorso evolutivo è la costruzione di un sé autentico, allora l’educazione e il sostegno clinico devono favorire l’integrazione tra corpo, mente e relazioni, promuovendo la capacità di accettarsi nella propria verità e di abitare con resilienza un mondo costellato da specchi di ogni tipo.

Bibliografia

1. ADLER, A. (1927), *Menschenkenntnis*, tr. it. *La conoscenza dell’uomo*, Newton Compton, Roma 2019.
2. ADLER, A. (1933), *Der Sinn des Lebens*, tr. it. *Il senso della vita*, Newton Compton, Roma 2011.
3. KAUR, R. (2014), *Milk and Honey*, Andrews McMeel Publishing, Kansas City.
4. PLATONE (380-370 a. C.), *Πολιτεία*, tr. it. *La Repubblica*, Bompiani, Milano 2003.

La Cultura come Lente Deformante: Prospettive Adleriane sulla Narrazione Clinica - Comunicazione

ANNA MARIA BASTIANINI, MARIA DOLCIMASCOLO, FEDERICA FELLA,
STEFANIA GIAMPAOLI, FEDERICA MARABISSO, MARCO RAVIOLA

Summary – CULTURE AS A DISTORTING LENS: ADLERIAN PERSPECTIVES ON CLINICAL NARRATIVE – COMMUNICATION. This abstract explore how the **Adlerian analytic perspective** can enrich the understanding of **anthropological – cultural narratives**, especially within **clinical and psychosocial contexts**. Through clinical vignettes, it examines the pervasive role of culture in shaping the meaning of individual and group experiences. Three key aspects of narrative are emphasized: **Contextualized Narrative**: Self-understanding and understanding of others are inextricably linked to cultural context. **Narrative** – both internal and relational – cannot be fully grasped if detached from their **cultural matrix**. **Verbal and Non – Verbal Narrative**: the importance of **non-verbal narrative** is highlighted as the oldest form of expression, manifesting through the body across all **cultures**. The body is seen as both protagonist and universal witness, a vehicle of well-being and suffering. The Adlerian psychodynamic approach, grounded in the concept of **biopsychic unity**, pays close attention to bodily aspects in clinical assessment. **Cultural Countertransference**: in the clinical evaluation process, it is crucial to consider the patient's **cultural representations**. Equally important is the recognition of the clinician's own **cultural countertransference**. Ignoring or denying the cultural distance between therapist and patient can lead to misunderstandings, misjudgments, and ultimately a **distortion of clinical understanding**. This work underscores how deep anthropological-cultural sensitivity is essential for effective clinical intervention that respects diverse human realities.

Keywords: **TRANSCULTURAL, ADOLESCENCE, NARRATION, BIOPSYCHIC UNITY, IDENTITY, COUNTERTRANSFERENCE**

Abstract – LA CULTURA COME LENTE DEFORMANTE: PROSPETTIVE ADLERIANE SULLA NARRAZIONE CLINICA-COMUNICAZIONE. Questo abstract esplora come la **prospettiva analitica adleriana** possa arricchire la comprensione delle **narrazioni antropologico-culturali**, specialmente in **contesti clinici e psicosociali**. Attraverso vignette cliniche, si analizza il ruolo pervasivo della cultura nell'attribuzione di significato delle esperienze individuali e di gruppo. Vengono enfatizzati tre aspetti chiave della narrazione; **Narrazione Contestualizzata**: la comprensione di sé e degli altri è inestricabilmente legata al contesto culturale. Le **narrazioni**, sia interne che relazionali, non possono essere pienamente colte se avulse dalla loro **matrice culturale**. **Narrazione Verbale e Non Verbale**: si sottolinea l'importanza della **narrazione non verbale**, la forma più antica di espressione, che si manifesta attraverso il **corpo** in ogni **cultura**. Il corpo è qui inteso come protagonista e testimone **universale**, veicolo di benessere e sofferenza. L'approccio psicodinamico adleriano, forte del concetto di **unità biopsichica**, presta grande attenzione agli aspetti corporei nella valutazione clinica. **Controtransfert Culturale**: nel processo di valutazione clinica, è cruciale considerare le **rappresentazioni culturali** del paziente.

Altrettanto fondamentale è il riconoscimento del **controtransfert culturale** del curante. Ignorare o negare la distanza culturale tra terapeuta e paziente può portare a fraintendimenti, errori di valutazione e, in definitiva, a una “**deformazione**” della **comprensione** clinica. Questo lavoro evidenzia come una profonda sensibilità antropologico culturale sia indispensabile per un intervento clinico efficace e rispettoso delle diverse realtà umane.

Parole chiave: TRANSCULTURALE, ADOLESCENZA, NARRAZIONE, UNITÀ BIOPSICHICA, IDENTITÀ, CONTROTRANSFERT

Introduzione

In *Psicologia del bambino difficile* A. Adler (1973) scrive: “...non esiste un intelletto privato, un intelletto dell'individuo. (...). Esso si è sviluppato comprendendo gli altri, avvicinandosi ai propri simili, identificandosi con loro, vedendo con i loro occhi, udendo con i loro orecchi, sentendo con i loro cuori...” [1].

Ci è sembrato particolarmente significativo introdurre l'argomento di questo lavoro con una citazione di Alfred Adler, che mette in luce come la mente non sia mai isolata, ma nasca e si sviluppi nella relazione con l'altro.

L'essere umano, infatti, è costitutivamente sociale: il sentimento sociale (*Gemeinschaftsgefühl*) rappresenta una disposizione innata a cooperare, a sentirsi parte di una comunità e a cercare legami.

La storia delle relazioni che ciascuno vive - con la famiglia, con la società e con i gruppi di appartenenza - diventa il terreno su cui si costruisce l'identità personale. In questa prospettiva, il bambino e l'adulto che si prende cura di lui sono entrambi soggetti attivi, impegnati in un «*essere con*».

È proprio nella dimensione relazionale che prende forma un registro affettivo ed emozionale, al tempo stesso mentale e corporeo, verbale e non verbale.

La mente può essere dunque concettualizzata come un processo incarnato e relazionale, in cui corpo e psiche costituiscono un'unità inscindibile.

Questa prospettiva trova conferma già nelle prime fasi della vita, quando il bambino fa del corpo il suo primo linguaggio, il mezzo attraverso cui prende forma la dimensione relazionale e psichica.

Fin dalla nascita, infatti, egli utilizza gesti, posture e vocalizzi per esprimere bisogni, emozioni, paure e desideri.

È nella risposta del caregiver che tali segnali trovano poi significato e vengono trasformati in esperienze condivise, dando avvio a un processo di regolazione affettiva e di costruzione dell'identità [2].

Il corpo diventa così protagonista e testimone dell'esperienza psichica, veicolo di benessere, ma anche di sofferenza.

In questa visione, l'approccio psicodinamico adleriano, basato sul concetto di unità biopsichica, attribuisce grande rilevanza agli aspetti corporei nella valutazione clinica, poiché riconosce come la dimensione somatica e quella psichica siano strettamente intrecciate.

La narrazione non verbale, intesa come forma primaria e universale di espressione, che si manifesta attraverso il corpo in ogni cultura, rappresenta il fondamento della comunicazione intersoggettiva.

È proprio questa dimensione incarnata e relazionale che consente di trasformare l'esperienza emotiva in pensiero e progettualità, aprendo la strada alla costruzione di un'identità libera e creativa.

Per Adler lo sviluppo della mente avviene all'interno della relazione nel legame con l'altro l'individuo costruisce la propria identità e struttura psichica [1].

Marie Rose Moro, invece, amplia questa prospettiva sottolineando come la relazione assuma una dimensione transculturale. Ciò significa che l'incontro con l'altro non si limita alla sfera interpersonale, ma si colloca anche nello spazio tra culture diverse, diventando un luogo di scambio, trasformazione e negoziazione identitaria.

In questa visione, crescere in un ambiente multiculturale significa allora attraversare un percorso di identità più complesso e ricco. Non si tratta soltanto di diventare grandi, adulti, ma di imparare a tenere insieme più mondi: quello delle origini familiari, con i suoi valori e tradizioni, e quello della società in cui si vive, con regole e modelli spesso diversi.

Moro (2011) sottolinea come il processo di costruzione identitaria in contesti transculturali possa essere vissuto al tempo stesso come una sfida e come un'opportunità di arricchimento [6].

In particolare, i giovani - e gli adolescenti in modo più marcato - si confrontano spesso con sentimenti di frammentazione e con domande profonde sulla propria appartenenza: *"Chi sono davvero? A quale cultura appartengo?"*.

Tuttavia, proprio questa tensione può aprire la strada alla possibilità di sviluppare un'identità plurale, capace di integrare le differenze e di trasformarle in una risorsa preziosa per la crescita personale e relazionale.

Diventare adulti significa allora imparare a negoziare tra appartenenze diverse, costruendo un senso di sé non rigido, ma dinamico. È dunque un percorso che richiede creatività, resilienza e, spesso, il sostegno di figure adulte capaci di riconoscere il valore della diversità.

Moro descrive le *adolescenze migranti* come spazi di transizione, nei quali il giovane non è mai realmente solo: porta con sé la memoria culturale della propria famiglia e, al tempo stesso, si apre al futuro nella società in cui cresce.

In questa prospettiva, il percorso di crescita si configura come un processo di trasformazione, in cui il conflitto tra culture può diventare dialogo e il senso di estraneità può evolvere in una nuova forma di appartenenza.

Gli adolescenti migranti non si confrontano soltanto con l'altro in senso generico, ma con l'altro portatore di una cultura diversa.

In questo scenario, il sentimento sociale adleriano diventa la base per trasformare la pluralità culturale in risorsa: la capacità di cooperare e di sentirsi parte di una comunità consente di non vivere la differenza come frattura, ma come occasione di crescita. Nelle migrazioni l'incontro tra persone di origine diversa mette in discussione l'idea che esista un solo modo per affrontare i temi della sofferenza e del disagio psichico.

In ottica transculturale:

- La psicologia transculturale si occupa dell'impatto della cultura sulla salute e sul disagio mentale, pone il paziente al centro della relazione, rispettando i suoi modi di fare e pensare a livello individuale e collettivo. La psicologia transculturale è una pratica clinica che si pone in dialogo con concezioni diverse da quella occidentale, ritenendo che esse abbiano qualcosa da insegnarci.

- Senza abbandonare i "nostri" strumenti, la psicologia transculturale ci rende capaci di una visione più ampia, che richiede anche la discussione critica delle nostre convinzioni.

- Concetti base:

- universalismo psichico*: tutti gli esseri umani sono uguali per quanto riguarda il funzionamento psichico e la base neurofisiologica. Tutti gli esseri umani hanno uguale dignità;

- relativismo culturale*: tutti gli esseri umani pur tendendo all'universale lo fanno attraverso il particolare della propria cultura, cultura di appartenenza. Non esiste l'uomo nudo, l'uomo ha come caratteristica universale di essere immerso in una cultura e di contribuire ad elaborarla e trasformarla.

- Secondo il metodo complementarista di Devereux (1975) il registro psicologico e quello antropologico vengono usati obbligatoriamente ma non contemporaneamente. Non devono essere fusi e confusi [5].

Il registro antropologico consente di comprendere gli aspetti culturali dello stile di vita della persona, mentre quello psicologico consente di comprenderne il funzionamento psichico.

Come ci insegna Adler, nella lettura dello stile di vita e delle sofferenze della persona, non si può prescindere dalla contestualizzazione storica, ambientale e psicologica. Nella pratica transculturale, il concetto di decentramento culturale assume un ruolo centrale. Esso si configura come l'attitudine del curante a riconoscere che gli strumenti professionali di cui dispone – teorie, modelli, setting – sono inevitabilmente impregnati della cultura in cui sono stati elaborati.

Tale consapevolezza implica che il discorso del paziente possieda sempre un senso e una propria razionalità, anche qualora non sia immediatamente comprensibile al clinico.

Un ulteriore elemento cruciale nel lavoro con i migranti riguarda l'elaborazione dell'alterità e della percezione di una frattura tra ciò che viene interiorizzato e ciò che si esperisce nel contesto esterno.

Il curante, muovendo da una riflessione su di sé, è chiamato ad accogliere il paziente nella sua irriducibile diversità, aprendosi alla sua comprensione senza tentare di neutralizzarla o assimilarla.

Un aspetto aggiuntivo da considerare è il controtransfert culturale, inteso come l'insieme delle dinamiche relazionali che si manifestano all'interno della relazione terapeutica e che traggono origine dagli aspetti culturali implicati in essa.

L'incontro con l'alterità può generare nel curante un vissuto di angoscia, dal quale egli tende a difendersi rifugiandosi nei propri strumenti professionali e nelle metodologie acquisite.

Tale controtransfert può tradursi in diverse reazioni: dal rifiuto dell'altro, alla fascinazione per l'esotico, fino alla spinta verso l'omologazione.

I terapeuti, attivi anche all'interno dell'Associazione *Psicologi nel Mondo*, organizzazione di volontariato impegnata nella psicologia transculturale e di comunità, a partire da un'esperienza clinica, proporranno una riflessione volta a evidenziare come la prospettiva analitica adleriana possa offrire strumenti preziosi per comprendere le narrazioni antropologico-culturali, in particolare nei contesti clinici e psicosociali.

A questo proposito desideriamo raccontare la storia di Maya, una ragazza di 18 anni nata e cresciuta in Ecuador, che arriva in Italia per motivi di lavoro con sua mamma e sua zia (sorella della signora), nel 2017.

Il padre di Maya vive in Ecuador: non ha mai vissuto con lei, perché ha abbandonato la famiglia quando lei era ancora piccolissima.

Dopo una serie di colloqui presso lo Sportello di Ascolto della scuola, la psicologa scolastica, che ha rilevato un malessere significativo nella ragazza, considerando anche il suo percorso migratorio e il contesto culturale di riferimento, ritiene opportuno proporre un invio all'Associazione *Psicologi nel Mondo*.

Maya inizia il percorso di psicoterapia quando frequenta la seconda superiore. Comprendere Maya significa mantenere viva, in modo costante e consapevole, l'attenzione su come l'identità adolescenziale - nella sua formazione e nel suo funzionamento - sia profondamente intrecciata al contesto culturale.

Ogni suo gesto, ogni parola, ogni silenzio porta con sé tracce di una storia che non è solo personale, ma anche collettiva, fatta di radici, migrazioni, appartenenze e adattamenti.

Nel proporre alcune suggestioni sulla ragazza, ci sembra possa essere utile farsi guidare - come le coordinate in una mappa - dai quattro compiti fondamentali che ogni adolescente è chiamato ad affrontare lungo il proprio percorso di crescita:

- Mentalizzazione del corpo
- Separazione e individuazione
- Nascita sociale
- Costruzione di nuovi valori e ideali

I. Mentalizzazione del corpo

Il corpo rappresenta il tramite fondamentale tra noi e l'ambiente che ci circonda.

In adolescenza assume un ruolo centrale, perché è come se fosse il rappresentante visibile ed esterno del Sé.

Il corpo è un protagonista importante nel percorso di lavoro con Maya, poiché attraverso di esso, la ragazza porterà i suoi stati di sofferenza e di benessere.

Il sintomo: "Il corpo attaccato"

Maya presenta un importante disturbo alimentare, che può essere interpretato come una forma di "attacco" al corpo.

Non si tratta di un'aggressione esterna, bensì dell'espressione di un conflitto interno che prende forma attraverso il comportamento alimentare.

In questa prospettiva, il corpo diventa il luogo privilegiato in cui si depositano e si scaricano tensioni emotive e affettive: esso viene utilizzato come mezzo per alleggerire il dolore psicologico e per dare forma a vissuti angoscianti che faticano a essere riconosciuti, espressi e condivisi.

Mentalizzazione del corpo

La ragazza sta affrontando le fatiche legate al compito complesso della mentalizzazione del corpo sessuato e generativo, riconoscendolo come parte integrante della propria identità.

Corpo che invia segnali, desideri e fantasie, che apre la possibilità a comportamenti che – dovrebbero essere – nuovi e diversi rispetto al periodo dell’infanzia.

Mentalizzare significa attribuire un significato etico, affettivo e relazionale al corpo in trasformazione: un passaggio cruciale nel processo di crescita.

È in questo momento che si compie la prima assunzione identitaria, ovvero il riconoscimento di sé come soggetto sessuato – in questo caso, femminile – che prende forma nell’affermazione: “io sono una femmina”.

Parallelamente, si osserva un forte investimento sull’immagine corporea.

A livello socio-culturale, il confronto con modelli, spesso idealizzati, attribuisce al corpo una centralità crescente, promuovendo una cura che coinvolge molteplici ambiti della vita quotidiana: dall’estetica alla gestione della propria immagine.

Tutto questo con l’obiettivo, spesso implicito, di avvicinarsi a un ideale corporeo che viene percepito come desiderabile e socialmente approvato.

Il corpo e la danza

Dopo quasi un anno di lavoro clinico, Maya riprende a ballare. Si tratta di una danza folkloristica latinoamericana, ritmata e intensa, ogni gesto celebra l’identità culturale. La danza assume, pertanto, un valore altamente simbolico nel suo percorso.

Il corpo, inizialmente vissuto come sede del sintomo, diventa progressivamente spazio di espressione di vitalità.

Attraverso il movimento, la ragazza esplora nuove possibilità di contatto con sé stessa e con il mondo, sperimentando sensazioni di forza e potere personale.

Il ballo assume così anche un valore profondo: è memoria viva della propria terra, un legame pulsante con gli antenati.

II. Separazione e individuazione

L’adolescenza è il tempo della rinegoziazione dei legami affettivi, in cui il giovane si confronta con la distanza e la vicinanza emotiva rispetto alla nicchia relazionale dei genitori, nel tentativo di costruire un senso di sé più autonomo e differenziato.

Durante il percorso di crescita, Maya si è dovuta confrontare con eventi ed esperienze di separazione che l’hanno profondamente segnata:

- La separazione dal padre, sin dalla tenera età.
- Il distacco dalla propria terra d’origine, per trasferirsi in Italia.

Questi eventi hanno avuto un impatto significativo sulla ragazza, generando una sofferenza profonda che ha trovato, appunto, espressione nel corpo.

Il rapporto con la madre invece si configura come ambivalente: da un lato è caratterizzato da una profonda vicinanza affettiva e da momenti di intensa condivisione; dall'altro, è segnato da aspettative elevate sul rendimento scolastico, vissute come possibile strumento di riscatto sociale.

Lo stile educativo, inoltre, riconducibile a modelli diffusi in molte comunità ecuadoriane, ha favorito nella ragazza lo sviluppo precoce di autonomia e senso di responsabilità, già a partire dalla prima infanzia.

Tale processo ha contribuito alla costruzione di competenze adattive, rafforzando la percezione di autoefficacia e la capacità di affrontare le sfide quotidiane.

Tuttavia, sul piano psicologico, questa autonomia può assumere un carattere ambivalente: se da un lato rappresenta una risorsa evolutiva, dall'altro può tradursi in una forma di aduttizzazione precoce, soprattutto in assenza di un contenimento emotivo adeguato da parte delle figure adulte di riferimento.

III. *Nascita sociale*

L'adolescenza è il tempo in cui i ragazzi si confrontano sempre di più con il mondo dei pari, sperimentando nuove forme di appartenenza e relazioni che contribuiscono a ridefinire l'immagine di sé attraverso lo sguardo degli altri.

Nel corso della terapia emergono trasformazioni significative rispetto al senso di appartenenza e alla costruzione identitaria di Maya.

In una fase iniziale del percorso terapeutico, la ragazza mostra una preferenza per la frequentazione di coetanei di origine straniera (es. origine romena, ...), prendendo le distanze dai pari latinoamericani; scelta che sembra rispondere a un bisogno di differenziazione e di esplorazione identitaria.

Maya riconosce nei ragazzi di seconda generazione elementi di affinità con il proprio background latino, allo stesso tempo percepisce una distanza emotiva e culturale dai ragazzi italiani.

A questo proposito, nel periodo in cui frequenta la scuola primaria (ex scuola elementare), la scarsa presenza di studenti stranieri accentua il senso di estraneità e pertanto rende difficile l'instaurarsi di legami significativi con i compagni, generando un forte senso di isolamento.

La scuola secondaria di II° grado (ex scuola superiore), contesto scolastico caratterizzato da una maggiore eterogeneità culturale, facilita il processo di inserimento e adattamento e favorisce l'emergere di nuove dinamiche relazionali.

La ripresa delle attività di danza rappresenta un ulteriore elemento trasformativo: attraverso il movimento e la condivisione espressiva, Maya ri-entra in contatto con il gruppo dei pari latinoamericani, riattivando un senso di appartenenza e riconoscimento che sembra contribuire positivamente alla sua evoluzione identitaria.

IV. Costruzione di nuovi valori e ideali

Trasversale ai compiti di sviluppo risulta essere, per un adolescente, la costruzione di nuovi valori e ideali.

Maya, adolescente migrante, nel suo percorso di crescita, non solo sta affrontando le sfide tipiche dell'età evolutiva, ma deve anche integrare e trasformare valori provenienti da contesti culturali differenti.

La fase adolescenziale costituisce un momento cruciale nello sviluppo dell'identità, caratterizzato da processi di esplorazione, rielaborazione e interiorizzazione di valori che orientano il comportamento e la progettualità futura.

Nel caso dell'adolescente migrante, tale dinamica assume una complessità ulteriore, poiché si colloca all'intersezione tra sistemi culturali differenti.

L'esperienza migratoria implica infatti una condizione di doppia appartenenza: da un lato, il giovane è portatore di valori, tradizioni e modelli derivanti dal contesto di origine; dall'altro, è esposto alle norme, ai codici e alle aspettative della società di accoglienza.

La costruzione di nuovi valori identitari si configura pertanto come un processo di mediazione interculturale, in cui l'adolescente seleziona, integra e talvolta ridefinisce i riferimenti valoriali, al fine di conferire coerenza e continuità al proprio Sé.

Questo percorso può generare tensioni e conflitti: tra le richieste di conformità provenienti dal gruppo dei pari e le aspettative familiari, tra il desiderio di integrazione e il bisogno di preservare le radici culturali.

Tuttavia, tali tensioni rappresentano anche un'opportunità evolutiva, poiché favoriscono lo sviluppo di competenze identitarie complesse, quali la capacità di negoziare significati, di tollerare l'ambiguità e di costruire un senso di appartenenza plurale.

In prospettiva psicologica, la costruzione di nuovi valori identitari nell'adolescente migrante può essere interpretata come un processo di acculturazione attiva, che non si limita all'assimilazione o alla separazione, ma tende verso forme di integrazione dinamica.

Tale processo contribuisce alla formazione di un'identità dinamica e resiliente, capace di coniugare continuità e cambiamento, radicamento e apertura, e di costituire la base per la progettualità futura e per l'inserimento sociale.

V. Il ruolo della psicoterapia nella costruzione di un'identità dinamica e resiliente e riconoscimento del controtransfert culturale del curante

Spazio sicuro di esplorazione

La psicoterapia offre un contesto protetto in cui l'adolescente può esprimere vissuti, emozioni e conflitti legati alla propria doppia appartenenza culturale. Questo spazio facilita la possibilità di dare voce a parti di sé che, nel contesto sociale, potrebbero essere silenziate o marginalizzate.

Riconoscimento e validazione

Il terapeuta svolge una funzione di rispecchiamento e validazione, riconoscendo la legittimità delle diverse componenti identitarie. Tale riconoscimento, attraverso uno stile accogliente ed incoraggiante, contribuisce a rafforzare l'autostima e a ridurre il senso di frammentazione.

Mediazione tra sistemi di valori

La psicoterapia favorisce la capacità di negoziare tra valori culturali differenti, aiutando l'adolescente a integrare elementi provenienti dal contesto di origine e da quello di accoglienza. Questo processo di mediazione è fondamentale per la costruzione di un'identità plurale e interculturale.

Promozione della resilienza

Attraverso l'elaborazione delle esperienze di perdita, discriminazione o conflitto, la psicoterapia sostiene lo sviluppo di strategie adattive. La resilienza si costruisce non solo come capacità di resistere alle difficoltà, ma anche come possibilità di trasformarle in risorse evolutive.

Sviluppo di flessibilità e progettualità

Il lavoro terapeutico incoraggia l'adolescente a concepire l'identità come processo dinamico, aperto al cambiamento e alla ridefinizione. In questo modo, il giovane può sviluppare una progettualità futura che coniughi radici e aspirazioni, continuità e innovazione.

Parallelamente, la costruzione di un'identità autentica e flessibile richiede che lo psicologo riconosca e gestisca il proprio controtransfert culturale.

Ogni terapeuta porta con sé un bagaglio di valori, norme e rappresentazioni che derivano dal proprio contesto socioculturale.

Moro, De La Noë, Mouchenik segnalano l'importanza che lo psicologo riconosca il proprio controtransfert culturale, ovvero le reazioni emotive e cognitive legate ai propri schemi culturali.

Questi elementi, se non riconosciuti, rischiano di influenzare inconsapevolmente la relazione terapeutica, generando incomprensioni o imponendo modelli identitari estranei al vissuto del paziente.

Il controtransfert culturale, dunque, non va inteso come ostacolo, ma come occasione di consapevolezza critica: la capacità del terapeuta di interrogare i propri pregiudizi e di decentrarsi rispetto alla propria prospettiva diventa condizione necessaria per favorire un incontro autentico.

In questa prospettiva, la psicoterapia si configura come un processo dialogico e interculturale, in cui la resilienza del paziente si intreccia con la capacità del terapeuta di mantenere un atteggiamento riflessivo e aperto [7].

La costruzione di un'identità dinamica non è mai un percorso solitario, ma il risultato di una co-costruzione relazionale che valorizza la differenza, riconosce la pluralità dei significati e promuove la possibilità di abitare il cambiamento senza perdere continuità narrativa.

In questa prospettiva si inserisce il pensiero di Alfred Adler, per il quale lo sviluppo psichico dell'individuo si radica nella relazione: è attraverso il legame con l'altro che la persona costruisce il senso di sé e la propria identità.

L'idea adleriana di "sentimento sociale" sottolinea come la crescita non possa avvenire in isolamento, ma richieda un processo di interconnessione e cooperazione, che diventa la base per trasformare la differenza in risorsa e il cambiamento in opportunità di evoluzione.

Bibliografia

1. ADLER, A. (1929), *Die Seele des schwererziehbaren Schulkindes*, tr. it. *Psicologia del bambino difficile*, Newton Compton, Roma 1973.
2. BASTIANINI, A. M. (a cura di, 2021), *Bambini in psicoterapia. Un approccio adleriano tra psicoanalisi e neuroscienze*, Carocci Editore, Roma.
3. COPPO, P. (2020), *Le ragioni degli altri. Etnopsichiatria, etnopsicoterapie*, Raffaello Cortina, Milano.
4. DE MARTINO, E. (1977), *La fine del mondo. Contributo all'analisi delle apocalissi culturali*, Einaudi, Torino.
5. DEVEREUX, G. (1972), *Ethnopsychanalyse complémentaire*, tr. it. *Etnopsicoanalisi complementarista*, Franco Angeli, Milano 2014.
6. MORO, M. R. (2011), *I nostri bambini domani. Per una società multiculturale*, Franco Angeli, Milano.
7. MORO, M. R., DE LA NOË, Q., MOUCHENIK, Y. (2009), *Manuale di psichiatria transculturale. Dalla clinica alla società*, Franco Angeli, Milano.

Anna Maria Bastianini
annambast@gmail.com

Maria Dolcimascolo
maria.dolcimascolo@gmail.com

Federica Fella
federica.fella@gmail.com

Stefania Giampaoli
stefania.giampaoli@gmail.com

Federica Marabisso
federica.marabisso@gmail.com

Marco Raviola
marc.raviola@gmail.com

“Dentro le sbarre”: spunti per un’analisi istituzionale adleriana

GLORIA BELOTTI

Summary – “INSIDE THE BARS”: SUGGESTIONS FOR AN ADLERIAN INSTITUTIONAL ANALYSIS. Although with a relatively fragmentary approach, Adlerian theory opened the way to an environmental, social, and institutional perspective that finds its widest modernity today. However, if on the one hand the Adlerian approach to the individual is largely established, on the other hand the approach to the social – and with it the shift to a super-individual view through which to grasp the relationships and dynamics of the field that includes and contains the observer – has yet to find its full development [5]. Despite this, Individual Psychology has all the necessary tools to achieve this goal: it is not only possible but also imperative to open the doors of the analysis room to the Institution, observing - among various aspects- its goals, symbols, lifestyle, fictions and compensations [10]. The reflections contained in the present work will be originated from a 3-year experience within an Italian penal institution. Therefore, the prison context will be the protagonist of this experimentation for an Adlerian institutional analysis. The aim is to highlight how the Institution brings with itself a specific narrative of the Self, of others and of the world.

Keywords: INSTITUTION, PRISON, LIFESTYLE

Abstract – “DENTRO LE SBARRE”: SPUNTI PER UN’ANALISI ISTITUZIONALE ADLERIANA. Seppur con un approccio relativamente frammentario, la teoria adleriana ha aperto la strada ad una prospettiva ambientale, sociale e istituzionale che trova oggi la sua più ampia modernità. Tuttavia, se da un lato l’approccio adleriano al singolo è largamente consolidato, dall’altro lato l’approccio al sociale - e con esso il passaggio ad uno sguardo superindividuale attraverso cui cogliere i rapporti e le dinamiche del campo che comprende e contiene l’osservatore - deve ancora trovare un suo pieno sviluppo nell’attualità [5]. Nonostante ciò, la Psicologia Individuale possiede tutti gli strumenti necessari al raggiungimento di tale traguardo: non è solo possibile ma doveroso aprire le porte della stanza d’analisi all’Istituzione, osservandone tra i vari aspetti le mete, i simboli, lo stile di vita, le finzioni e le compensazioni [10]. Le successive riflessioni contenute nel presente lavoro prenderanno avvio da un’esperienza di contatto di circa tre anni con una casa circondariale italiana. Pertanto, sarà proprio il contesto carcerario ad essere protagonista di questa sperimentazione per un’analisi istituzionale adleriana. L’obiettivo sarà quello di mettere in luce come l’Istituzione porti con sé una precisa narrazione di Sé, degli altri e del mondo.

Parole chiave: ISTITUZIONE, CARCERE, STILE DI VITA

Uno degli aspetti fondamentali della Psicologia Individuale è la profonda attenzione al contesto sociale in cui l'individuo è inserito. Per Adler, infatti, non è possibile comprendere l'essere umano senza prendere in considerazione il contesto in cui si muove [1], dove per contesto si intendono tutti i gruppi di appartenenza dell'individuo, partendo da quelli a lui più vicini come la famiglia ed allargandosi a quelli più lontani, fino ad arrivare all'intera umanità [2].

Adler, inoltre, è stato uno dei primi autori che in campo medico-psicologico hanno rivolto la loro attenzione a temi quali la medicina sociale e l'igiene negli ambienti di vita e di lavoro. Tuttavia, se da un lato l'approccio al singolo e ai gruppi sembra essere largamente consolidato, dall'altro lato l'approccio adleriano al sociale deve ancora trovare un solido sviluppo, dove per approccio al sociale si intende il superamento della dimensione individuale in favore di una dimensione superindividuale, attraverso cui si possano cogliere i rapporti e le dinamiche del campo che comprende e contiene l'osservatore [5].

Il contenuto di questa comunicazione si muove proprio in questa direzione, ovvero quella di un approccio adleriano al sociale e più nello specifico si concretizza in una proposta di analisi istituzionale in chiave adleriana, dove dimensione teorica ed applicativa si incontreranno tramite la condivisione di un'esperienza secondo una modalità narrativa. La protagonista di questa proposta sarà l'Istituzione carcere, Istituzione che tramite diverse modalità ho avuto modo di poter incontrare negli ultimi tre anni.

A guida di questa esposizione saranno alcuni spunti offerti da Francesco Castello negli scritti riguardanti la sua proposta metodologica per l'avvio di una modalità di analisi istituzionale in termini adleriani, ma anche le riflessioni di autori che con un altro approccio si sono dedicati allo studio del funzionamento istituzionale [4, 6].

L'ipotesi di lavoro proposta da Castello [5] si concretizza nei seguenti punti:

1. Individuazione dell'Istituzione e della sua funzione;
2. Identificazione delle finalità e verifica del loro rapporto con le funzioni svolte;
3. Riflessi pratici e ideali, ovvero incidenza dell'Istituzione sulla realtà sociale e corrispondenza ai modelli ideali coltivati dai fondatori e dagli operatori dell'Istituzione;
4. Presenza di controfinzioni fittizie o di menzogne vitali;
5. Analisi del significato dell'Istituzione per chi la sostiene, per i gruppi che in essa operano, per le singole persone.

A questa preziosa traccia aggiungo alcuni ulteriori interrogativi che mi hanno guidata nelle riflessioni circa l’esperienza fatta:

- I. Modalità di interazione e livello di equilibrio tra volontà di potenza e sentimento sociale all’interno dell’Istituzione;
- II. Possibilità di espressione del sé creativo, ovvero in quale misura l’Istituzione permette il mantenimento e incoraggia lo sviluppo di una dimensione creativa globale ed individuale;
- III. Rapporto esistente tra fusionalità materna e differenziazione paterna istituzionale.

Il punto di partenza di questa esposizione sarà proprio l’ingresso dell’Istituzione, ovvero le mura e il cancello che circondano l’edificio e ne delineano i confini di separazione dal mondo esterno: a tal proposito, l’origine e il significato della parola carcere sembrano essere interessanti. Etimologicamente il termine carcere deriva dal latino *carcer*, ossia rinchiudere, restringere, castigare, punire.

Un’altra interpretazione associa il termine carcere alla parola recinto, e più nello specifico alla staccionata dove in passato venivano rinchiusi i cavalli. Secondo altre interpretazioni ancora, il termine carcere deriverebbe dall’ebraico *carcar* che significa tumolare, sotterrare e, quindi, si riferisce agli originari luoghi di prigionia siti in fosse sotterranee, grotte o pozzi [7]. Pertanto, l’importanza degli aspetti di isolamento e separazione appare storicamente evidente.

Per quanto concerne le finalità dell’Istituzione carceraria e le funzioni da essa svolte, l’enfasi è formalmente posta sulla rieducazione e sul divieto di trattamenti contrari al senso di umanità [7], dove l’utilizzo del termine rieducazione, al quale negli ultimi anni si è affiancato il concetto di riparazione, rimanda all’importanza del ricucire quello strappo con il sociale che ha condotto la persona in carcere.

Da un punto di vista adleriano, il fine ultimo del trattamento penitenziario, e quindi del carcere, potrebbe essere quello di stimolare il sentimento sociale del detenuto, permettendo in questo modo di rimettere in equilibrio volontà di potenza e sentimento sociale. Secondo Adler gli individui che hanno una giusta dose di sentimento sociale e, quindi, che sono in grado di cooperare con i propri simili, sono quelli che riescono a realizzarsi in maniera equilibrata in tutti e tre i compiti vitali, ovvero amore, lavoro e amicizia [2].

All’interno del carcere, però, la realizzazione della persona rispetto ai tre compiti vitali e il raggiungimento di un buon livello di sentimento sociale divengono mete più complesse da raggiungere, date le forti limitazioni imposte dall’Istituzione stessa. Con l’ingresso in carcere, infatti, i contatti con la famiglia vengono fortemente limitati e sottoposti a controlli stringenti; coltivare le amicizie nate prima della carcerazione diventa molto più difficile, dal momento che le interazioni con il mondo esterno sono limitate e spesso i detenuti danno priorità ai contatti con la famiglia.

Per quanto riguarda il lavoro, se da un lato questo viene considerato come uno degli elementi fondamentali della proposta trattamentale, dall'altro lato spesso le attività lavorative che gli istituti penitenziari propongono non sono sufficienti per il numero di detenuti presenti in struttura e implicano un impegno di sole poche ore al giorno. Diventa, quindi, spontaneo chiedersi come la rieducazione e la risocializzazione del detenuto siano possibili in un contesto che limita così fortemente il movimento della persona e la realizzazione dei tre compiti vitali.

In molti casi il funzionamento di un'Istituzione riflette maggiormente il suo compito implicito, divergente da quello dichiarato e che tende ad istituirsi come una vera e propria agenda segreta: è questo mandato nascosto, piuttosto che quello manifesto, ad essere inconsciamente interiorizzato da ogni membro e a diventare guida del movimento della persona stessa all'interno dell'Istituzione [9], fino a diventare un vero e proprio *fine ultimo fittizio*.

In generale, molte delle debolezze e delle caratteristiche negative dell'essere umano (quali trasgressione, violenza, perdita di controllo) vengono spesso incarnate per conto dell'intera collettività da persone, problematiche, sofferenti o difficili, che ne diventano in questo modo i portavoce. Di conseguenza, le organizzazioni destinate ad occuparsi di queste persone assumono silenziosamente il compito di liberare la società da questi aspetti perturbanti, rimuovendo dalla comunità il negativo e mantenendo intatto il pensiero illusorio, o *finzionale*, di un genere umano buono, sano e onesto [9].

Per quanto riguarda il carcere, quindi, accanto alla meta esplicita di rieducazione e risocializzazione della persona, si potrebbe in qualche modo affacciare un secondo fine, forse più implicito e sottotraccia, di rimozione di alcune caratteristiche negative dalla società e di confinamento delle stesse all'interno dell'Istituzione [9]. Questo secondo fine, che potremmo definire di isolamento e separazione tra ciò che è fuori e ciò che è dentro o tra ciò che è giusto e ciò che è sbagliato, diviene evidente semplicemente pensando alla struttura del carcere di per sé, ai numerosi cancelli sempre chiusi a chiave che separano le diverse sezioni dei padiglioni, alle alte mura e al filo spinato che circondano la struttura, alla crescente enfasi sulla sicurezza.

Tornando all'ingresso è necessario identificarsi. Il primo spazio che si attraversa è riservato agli uffici dei funzionari giuridico-pedagogici e della direzione. È uno spazio interno al carcere, ma a cui i detenuti non hanno accesso. Per entrare nei padiglioni dove i detenuti vivono è necessario un ulteriore livello di identificazione, ovvero la verifica dei documenti. Da qui inizia il processo di "mortificazione della soggettività", processo che comprende anche l'operatore: i cellulari non possono entrare, è consentita una piccola borsa che viene perquisita. Il lavoro di ogni operatore segue rigidi protocolli, finalizzati al mantenimento della sicurezza, all'interno e all'esterno. I moti individuali sono spesso scoraggiati. Il detenuto vive la stessa realtà, ma in modo amplificato.

All’ingresso tutti i beni personali vengono consegnati: la depersonalizzazione è totale, aggravata dall’allontanamento dai legami affettivi, familiari e sociali. Goffman a questo proposito parla di “spoliazione materiale” [8, 11].

Con l’ingresso in Istituzione spesso a scomparire è proprio la persona, con il suo movimento, il suo stile di vita, la sua soggettività. Entrare in carcere significa abdicare ad ogni connotato di unicità [11]. Le conseguenze sono più che rilevanti: se in situazioni ordinarie è lo stile di vita ad influenzare lo stile di ruolo [5], in carcere spesso lo stile di vita istituzionale si trasforma in stile di vita individuale. Così il linguaggio della persona, le modalità di pensiero e il comportamento lentamente si modificano, fino a diventare completamente aderenti a ciò che appartiene all’Istituzione, con una sostanziale rimozione di tutti gli aspetti di autonomia e unicità personale [11].

In alcuni casi questo comporta l’insorgenza di una psicopatologia. In altri casi ancora il rapporto con l’Istituzione è talmente fagocitante da non permettere al detenuto di ritrovare la propria unicità nemmeno al termine della pena. Così possono essere letti alcuni reati commessi a pochi mesi dal fine pena, alcuni agiti anticonservativi a pochi giorni dall’uscita o ancora alcune carriere criminali [11].

L’Istituzione è spesso portata ad acquisire la stessa struttura e lo stesso significato del problema che si propone di risolvere [4]. Il carcere presenta nella sua organizzazione la stessa alienazione di chi vi fa ingresso e lo squilibrio tra volontà di potenza e sentimento sociale che ha portato la persona allo status di detenuto diventa la forma di nevrosi che caratterizza l’Istituzione stessa. In questo modo si possono leggere alcune forme di violenza e tortura che gli operatori carcerari mettono in atto nei confronti dei detenuti o ancora l’assunzione del ruolo di salvatore [3] che molti operatori carcerari mettono in atto, soprattutto in campo sanitario ed educativo, spesso non con una reale intenzione di aiuto ma con finalità fortemente compensatorie rispetto al sentimento di inferiorità e impotenza istituzionale.

A questo processo di depersonalizzazione, a questo graduale allontanamento dalla propria dimensione di unità e unicità, corrisponde un impoverimento della capacità di simbolizzazione e il passaggio all’agito impulsivo. Così, il tempo lento dell’Istituzione è rotto dal passaggio all’azione. Ingestione di pile e lamette, inalazione di gas, tagli, tentativi di impiccagione, scioperi delle sete, della fame e della terapia.

Non poter simbolizzare il dolore significa non poterlo pensare: di conseguenza il dolore può essere solo negato o reso tangibile tramite il passaggio all’agito. Lo strumento principale per farlo diventa l’unico di cui il detenuto è ancora in possesso, l’unico sul quale gli è ancora consentito esprimere la propria libertà: il corpo [11]. Così il rischio suicidario non può essere considerato un costrutto esclusivamente intrapsichico, ma assume una forte valenza interpersonale e soprattutto istituzionale. Prenderne in considerazione le finalità diviene pertanto un passaggio fondamentale.

All'interno del carcere, ogni piano, ogni sezione, ogni corridoio è separato da quello successivo da un cancello sempre chiuso a chiave ed ogni volta gli ingressi vengono tracciati tramite nome, cognome e professione. Questo influisce profondamente sulla percezione del tempo in carcere, richiedendo a chi vi fa ingresso, detenuto e operatore, una profonda capacità di stare nell'attesa. Mi riferisco all'attesa, che a volte dura ore, dell'arrivo di un detenuto per un colloquio, ma anche alle lunghe attese necessarie per le diverse autorizzazioni o ancora ai mesi di attesa che un detenuto deve tollerare per la risposta di un magistrato.

Le istituzioni, nel loro complesso, tendono verso una sorta di rimozione dell'idea di movimento e la percezione di chi si trova al suo interno è quella di un tempo lento, in cui è difficile rintracciare variazioni o modifiche sostanziali. Il movimento si manifesta spesso come una lenta corrente sotterranea, come una graduale trasformazione non avvertibile a livello macroscopico: atteggiamenti, comportamenti, modi di essere all'interno delle istituzioni tendono a cambiare in modo impercettibile oppure con trasformazioni totali, brusche ed improvvise [6].

Anche all'interno del carcere la percezione è per lo più quella di un'aria tendenzialmente ferma, di un tempo fisso interrotto di tanto in tanto da urla improvvise e scontri accesi che danno vita a cambiamenti repentini: il procedere per antitesi è evidente. Mi ha sempre colpito, nel carcere che ho frequentato, la presenza di diversi orologi appesi nei corridoi, ma tutti fermi. Dimenticare l'orologio, infatti, è stato in diverse occasioni fonte di grande disorientamento.

Il rischio dell'estrema staticità è il passaggio alla nevrosi: l'Istituzione carceraria, nella maggior parte dei casi, non riesce a rinnovarsi, perde la propria capacità generativa e l'unica finalità possibile diventa l'autoconservazione [11]: dell'Istituzione, del detenuto e dell'operatore. Interessante a questo proposito è il ruolo dello psicologo, che trascorre la quasi totalità delle ore a disposizione nella valutazione e nel monitoraggio del rischio anticonservativo.

Concludo queste breve esposizione con una delle immagini che maggiormente hanno connotato questi tre anni di contatto con l'Istituzione carcere. È il momento dell'uscita: si ripercorrono i cancelli chiusi a chiave, si forniscono nuovamente le proprie generalità e ci si riappropria degli oggetti personali. È un martedì pomeriggio e fuori splende il sole. R e H hanno attenuto l'art. 21 e nel pomeriggio possono uscire dal carcere per lavorare. Si recano a lavoro in bicicletta e percorrono la strada di fronte a me. Procedo a ritmo lento, per osservare il movimento ancora un po'. Niente, più di quella pedalata, profuma di vita.

Bibliografia

1. ADLER, A. (1933), *Der Sinn des Lebens*, tr. it. *Il senso della vita*, Newton Compton, Roma 1997.
2. ANSBACHER, H. L., ANSBACHER, R. R. (1956), *The Individual Psychology of Alfred Adler*, tr. it. *La Psicologia Individuale di Alfred Adler*, Martinelli, Firenze 1997.
3. ARCOLINI, V. (2011), La finzione del Salvatore nelle relazioni di aiuto, *Riv. Psicol. Indiv.*, 69: 13-17.
4. BLEGER, J. (1996), *Psicoigiene y Psicología Institucional*, tr. it. *Psicoigiene e Psicologia Istituzionale*, Edizioni La Meridiana, Molfetta 2011.
5. CASTELLO, F. (1978), Proposta metodologica per l’avvio di una modalità di analisi istituzionale in termini adleriani, *Riv. Psicol. Indiv.*, 9: 39-45.
6. CORREALE, A. (1991), *Il campo istituzionale*, Borla, Roma.
7. DE RISIO A., LAI, F., SALVANELLI, G. (2019), *Manuale per l'intervento psicologico in ambito penitenziario*, Alpes, Roma.
8. GOFFMAN, E. (1961), *Asylums, Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates*, tr. it. *Le istituzioni totali: i meccanismi dell'esclusione e della violenza*, Einaudi, Torino 2010.
9. PERINI, M. (2007), *L'organizzazione nascosta. Dinamiche e zone d'ombre nelle moderne organizzazioni*, Franco Angeli, Milano.
10. RECALCATI, M. (2024), *Il vuoto e il fuoco: Per una clinica psicoanalitica delle organizzazioni*, Feltrinelli, Milano.
11. SAITA, E., SORGE, A. (2002), *Psicologia penitenziaria, Vita e Pensiero*, Milano.

Storie in movimento. Lo sport come narrazione di sé

LUCA BURDISO, PATRIZIA CAMEDDA, SIMONA CIACCIO

Summary – STORIES IN MOTION: SPORT AS A FORM OF SELF-NARRATION. Within the psychotherapeutic setting, sport often proves to be a privileged narrative territory in which patients recount themselves with greater immediacy and authenticity. Through the narration of their sporting experience, deep affective states may surface, taking the form of therapeutic metaphors. For some patients, physical activity represents an area “free” from symptoms: a space in which they can experience themselves as effective, vital, and capable of inhabiting both body and world in an integrated way. For others, by contrast, sport becomes a stage for performance anxiety, frustration, and feelings of inadequacy or failure. In both cases, what unfolds in movement - on the playing field, in effort, in confrontation, in discipline - becomes valuable material for therapeutic narration and healing. Playing means voluntarily and deliberately attempting to overcome unnecessary obstacles; it is a realm of make-believe whose implications may or may not prove useful in life. In clinical practice, we have observed that self-narration within sport can function as a mirror-tool: a mirror reflecting an image that is often distorted, amplified, or - at least within that context - finally experienced as an integrated version of the self. Precisely for this reason, it becomes a powerful vehicle for exploring both problematic nuclei and personal resources. Through bodily language, rules, competition or cooperation, the individual constructs - and can rework - their narrative identity and revisit their lifestyle [5]. In psychotherapy, the sporting narrative becomes an encounter between two bodies and two minds in the same room, where change is supported by the experience of being felt, and of being treated as a person capable of greater courage by a therapist who is authentically engaged [4]. This reflection will be accompanied by brief clinical vignettes drawn from therapeutic work with adolescents and young adults, in which sport became both an access key and a transformative tool within the therapeutic relationship for both participants.

Keywords: SPORT PSYCHOLOGY, SPORT, SETTING, NARRATIVE, PLAY, PSYCHOTHERAPY

Abstract – STORIE IN MOVIMENTO. Lo SPORT COME NARRAZIONE DI SÉ. Lo sport, nel setting psicoterapeutico, si rivela spesso un territorio narrativo privilegiato in cui i pazienti raccontano se stessi con maggiore immediatezza e autenticità. Attraverso il racconto dell'esperienza sportiva, possono emergere vissuti profondi che assumono la forma di metafore terapeutiche. Per alcuni pazienti, l'attività sportiva rappresenta un'area “libera” dai sintomi: uno spazio in cui sperimentarsi funzionanti, vitali, capaci di stare nel corpo e nel mondo in modo integrato. Per altri, al contrario, lo sport diventa teatro di ansia da prestazione, frustrazione, vissuti di inadeguatezza e fallimento. In entrambi i casi, ciò che accade nel movimento - nel campo di gioco, nella fatica, nel confronto, nella disciplina - diventa materiale prezioso per la narrazione e cura in terapia. Giocare significa tentare volontariamente e con impegno di superare ostacoli non necessari, è uno scenario di finzioni dal risvolto utile o meno per la vita.

Nel lavoro clinico abbiamo osservato che la narrazione di sé nella pratica sportiva può assumere le caratteristiche di uno strumento-specchio: specchio che riflette un'immagine spesso deformata, enfatizzata o, almeno in quell'ambito finalmente integra del sé. Proprio per questo si rivela un potente veicolo di esplorazione dei nuclei problematici e delle risorse personali. Attraverso il linguaggio del corpo, le regole, la competizione o la cooperazione, il soggetto costruisce - e può rielaborare - la propria identità narrativa e rivedere lo stile di vita [5]. La narrazione sportiva in psicoterapia diventa un incontro tra due corpi e due menti nella stessa stanza, dove il cambiamento risulta sostenuto dal sentirsi sentito e trattato come persona più coraggiosa da parte del terapeuta autenticamente coinvolto [4]. La riflessione sarà accompagnata da brevi vignette cliniche, tratte da percorsi terapeutici con adolescenti e giovani adulti, in cui lo sport è divenuto chiave di accesso e strumento trasformativo nella relazione terapeutica per entrambi.

Parole chiave: PSICOLOGIA DELLO SPORT, SPORT, SETTING, NARRAZIONE, GIOCO, PSICOTERAPIA

Introduzione: Dalla psicologia dello sport alla psicologia con lo sport alla psicoterapia attraverso lo sport

In Italia la Psicologia dello sport ha una tradizione orientata all'ottimizzazione della prestazione, spicca il Modello S.F.E.R.A. di Giuseppe Vercelli [11] che propone di individuare le variabili che spieghino la prestazione e, attraverso la comprensione di queste e della relazione tra loro, poter favorire l'efficacia della prestazione stessa.

Capovolgendo la prospettiva, lo sport si fa strumento interessante per favorire processi psicologici, pensiamo ad esempio alle attività ludico sportive nel team building. I Quaderni della fondazione CRC, Q46, del 2024 "Occhio allo sport" [10] propongono di declinare l'attività sportiva come opportunità di educazione, socializzazione, inclusione e cultura, direzione molto coerente con una "psicologia con lo sport".

Le prospettive che esplorano le interrelazioni tra l'attività sportiva e il benessere psicologico sono variegata.

L'attività sportiva, scrive Giuseppe Milan [8], non risolve miracolicamente situazioni problematiche ma, se ben impostata, può consentire alle risorse positive di esprimersi in grado elevato. La pratica sportiva diviene dunque allenamento per imprimere intenzionalità al proprio agire progettando il miglioramento di sé e del gruppo.

Ci accostiamo qui alle prospettive che lo sport può aprire formando una fenditura in psicoterapia. La psicoterapia attraverso lo sport è il centro di interesse della riflessione proposta, incoraggiata dalla psicologia ad orientamento adleriano che nella terminologia sembra cucirsi perfettamente al discorso sportivo così come particolarmente adatta sembra l'idea di uomo e di donna che propone.

I. *Storie in movimento*

Antonio, ventinove anni, professionista nel baseball, primo colloquio:

“Sono qua principalmente perché quando gioco non riesco a essere nel momento presente, penso tantissimo soprattutto a cose sbagliate, il baseball è principalmente uno sport mentale, è molto difficile per me oggi conciliare il gesto tecnico con un pensiero che lo favorisca. So di avere le capacità, in allenamento va meglio, giro la mazza con forza, lì ho la percezione di sapere cosa sto facendo. In partita, anche quando, batto sono convinto che sia questione di fortuna”.

Un sospiro e alcuni istanti di silenzio separano il racconto dalla sua ripresa:

“Secondo me è una questione di fiducia e autostima, nel baseball come nella vita, anche con le ragazze. Dimenticavo di dirti che anche mio cugino e mio fratello maggiore giocavano a baseball, entrambi erano molto forti”.

“Io ho talento, lo so, la musica, la fotografia e la cucina mi vengono molto facili, senza particolare allenamento, da sempre. Avrei potuto percorrere una carriera musicale o nella ristorazione ma non è andata così. Ho talento, però è molto difficile per me essere costante: inizio, sono molto portato, vengo elogiato, poi smetto, sempre, tranne nel baseball”.

“La costanza, quella è un talento che mi manca. Vorrei avere il coraggio di rischiare”. In seguito alla raccolta anamnestica e con un’attenzione particolare al percorso sportivo abbiamo proseguito con la somministrazione di test proiettivi e la compilazione degli strumenti scelti per giungere al profilo di prestazione. Le parole di Antonio si spostano dallo sport all’immagine di sé come uomo, giocatore, cugino, fratello ed evidenziano uno stile orientato all’evitamento da scoraggiamento [9, 3].

Il percorso di psicoterapia nei suoi momenti di avvio con Antonio è stato caratterizzato dall’esplorazione dello stile di vita attraverso i ricordi e la narrazione. I racconti emersi hanno poco per volta sostenuto una progressiva ristrutturazione dell’immagine di sé arginando lo sconforto, passaggio reso possibile dalla predisposizione al lavoro psicologico e il buon funzionamento di base.

Il baseball è stato per Antonio un ambito in cui lo scoraggiamento ha tardato a sconfiggere rendendosi presente solo nell’ultimo anno a seguito di alcune vicende personali e societarie.

Le dinamiche e i vissuti sportivi hanno permesso di accedere allo psicologismo di Antonio, lo sport è per lui bignami della costruzione dello stile di vita, espressione di un’aspirazione alla superiorità che percorre il crinale dello scoraggiamento rimanendo area per lui “giocabile”, nella quale sperimentarsi limitando l’evitamento.

“Per me che sono uno poco costante allenarmi in bici è una buona cosa, mi obbliga a tornare in dietro una volta andato fino ad un certo punto”

Mattia, 17 anni, calciatore in una squadra giovanile locale.

“Ho ansia da prestazione, prima solo nel calcio, adesso anche in altri ambiti. Per due o tre mesi mi sono allenato anche con la prima squadra in promozione, a volte sono entrato in campo, dieci minuti in partita. Adesso non è più così. Per funzionare bene devo essere molto elogiato, sentire l'appoggio del mister”.

“Dopo i primi mesi i compagni più grandi hanno iniziato a trattarmi duramente quando sbagliavo, mettermi pressione anziché aiutarmi, soprattutto il capitano. Da lì è iniziata la discesa, non provavo più piacere. Sentivo la pressione”. “Se sbagli qualcosa sei fregato” mi dicevo.

“Ho l'ansia anche nel sesso. Fin da ragazzino ho avuto un problema, non mi piace abbassare giù il prepuzio, mi fa impressione, così non ho mai provato a masturbarmi, forse anche per paura di non riuscire. Mi ha sempre messo molto in soggezione mandandomi in tilt”.

“Con le precedenti ragazze avevo paura ad andare avanti, quindi ho sempre rimandato il momento del sesso. Quando abbiamo provato ad avere un rapporto non ho avuto male, ma non sentivo lo stimolo. Forse è legato all'ansia, non lo so. Quando non abbiamo rapporti ma ci dedichiamo ai preliminari mi sento molto a mio agio”.

Nella crescita adolescenziale lo sport è stato per Mattia specchio critico deformante. La sicurezza ostentata e traballante copriva la convinzione di non poter operare per trovare soluzioni [3], sfiduciato nelle proprie capacità e nella vita al primo sguardo non incoraggiante.

Il desiderio di riconoscimento della propria specificità è per lui bisogno imprescindibile per trovare il coraggio che altrimenti sembra smarrito. Lo sport negli anni recenti non ha più offerto un rispecchiamento capace di sostenere le profonde ferite narcisistiche del ragazzo, accompagnandolo verso il naufragio, il venir meno di una risposta alla domanda “Chi sono io se non più la promessa calcistica?”.

Si è aperta così una crepa di angoscia che, insieme al calcio, ha avuto risvolti anche in ambito sessuale.

Il percorso di psicoterapia, diversamente da quanto descritto per Antonio, non ha potuto trovare rinforzo nella predisposizione al lavoro psicologico.

Nell'avvio della psicoterapia, lo sport ha rappresentato per Mattia una scintilla che ha facilitato l'avvicinamento a lui stesso attraverso l'esplorazione delle dinamiche ansiose sul campo da calcio, per poi estendere progressivamente l'attenzione, accogliendo con cautela la persona nella sua completezza.

Davide, 24 anni, disturbo dello spettro autistico di livello 1 che si esprime in maggior misura nella difficoltà di comprensione delle comunicazioni implicite e dunque di relazione.

Davide frequenta il quarto anno di ingegneria biomedica.

“In università talvolta mi avvicino a un gruppetto di ragazzi, rimango lì a fianco, cerco di capire di cosa stanno parlando. Mi è difficile inserirmi, non comprendo parte dei loro discorsi, non conosco ciò che dicono, io non ho interessi come i loro”.

La relazione con Davide si esprime con parole misurate, calibrate esattamente da lui e da me per essere puntuali e precise. I dinamismi relazionali in università sono da lui descritti e analizzati nei minimalismi, come un orologio da sincronizzare.

Nel colloquio che ha seguito le parole citate abbiamo concordato di scrivere una lista di possibili interessi per Davide, chiedendo lui di esprimere a priori con una votazione decimale l'interesse destato in lui dall'ambito specifico. Così per la musica, lo sport, cucina, letteratura, videogame e politica. Nei giorni successivi Davide avrebbe provato in autonomia a approfondire informazioni su ognuno di questi ambiti guidato dalla curiosità, attribuendo poi una nuova valutazione di interesse.

Davide ha mostrato una specifica preferenza per la pallacanestro, indicazione emersa sia a priori sia dopo averne fatto esperienza. Ha deciso così di attivare sullo smartphone le notifiche sportive, attento poi in università ad accorgersi e individuare chi potesse avere un interesse simile e inserirsi in un possibile dialogo.

Curiosamente, la pallacanestro rappresenta anche un ambito personale significativo per il terapeuta, diventando con Davide un'occasione per pensarsi l'un l'altro durante la settimana. Commentando insieme le giocate che hanno suscitato interesse reciproco, si crea, all'inizio della seduta, uno spazio fertile per attivare il piacere di stare insieme e il senso di “sentirsi sentito” [4], rafforzando la consapevolezza che nella mente dell'altro esiste un'immagine chiara della propria, a sostegno della relazione terapeutica.

II. *Sport nel setting terapeutico*

Analogamente ai percorsi di cura appena descritti, lo sport, all'interno del setting psicoterapeutico, può rivelarsi un territorio narrativo privilegiato in cui i pazienti raccontano se stessi con maggiore immediatezza e autenticità. Offrendo l'occasione di distanziarsi dal ruolo del "buon paziente", concentrato su drammi e introspezioni, lo sport permette di ridurre le distanze relazionali e di sperimentarsi come uomini e donne, oltre che come pazienti.

La narrazione sportiva personale assume le sembianze di un teatro dello psicologismo che ben si addice a indagare lo stile di vita.

L'esperienza sportiva si configura come una scena simbolica, ricca di immagini e dinamiche che riflettono, amplificano o trasformano vissuti profondi: il corpo in movimento, la fatica, la competizione, la disciplina diventano talvolta metafore potenti, altre volte esperienze presenti nel corpo che attraversano la storia personale e relazionale dell'individuo.

Per alcuni pazienti, l'attività sportiva rappresenta un'area "libera" dai sintomi, uno spazio in cui si sperimentano vitali, capaci, centrati: lì il corpo si fa alleato e mezzo di connessione con il mondo.

"Che ruolo giochi?", "in che modo interpreti quel ruolo?", "ricordi uno sportivo che ti ha appassionato, in quel ruolo o in un altro?" sono alcune domande che, incoraggiando le parole e il recupero della traccia mnestica, aiutano a entrare passo passo nell'immaginario personale "mettendo in scena" e condividendo le rappresentazioni e i vissuti del paziente, per dar vita alle necessarie rielaborazioni ed evoluzioni [7].

Per altri, al contrario, lo sport diventa teatro dell'ansia da prestazione, della frustrazione, del senso di fallimento. In entrambi i casi, ciò che accade sul campo - o nella memoria del campo - si trasforma in materiale narrativo prezioso, uno specchio in cui il sé può riflettersi, a volte deformato, altre finalmente intero.

Nel lavoro clinico, il racconto della pratica sportiva può assumere la funzione di dispositivo riflessivo per la costruzione dell'identità personale: un ponte tra il mondo interno e quello esterno, tra l'esperienza somatica e quella mentale. Attraverso il racconto, il linguaggio del corpo, il ritmo, le regole, la cooperazione o la competizione, il soggetto costruisce - e può rielaborare - la propria identità narrativa.

Giocare, nelle parole del filosofo Bernard Suits, è tentare volontariamente e con impegno di superare ostacoli non necessari e lo sport, condividendo queste premesse che descrivono il gioco, ha anche il presupposto di utilizzare mezzi che non sono i più efficaci ma specifici, scelti da una disciplina [6].

È uno scenario apparentemente folle, tanto reale quanto aperto all'illusione, alla sperimentazione in un contesto che ha regole e ruoli privati.

L'illusione permette di entrare in contatto con la durezza della realtà gradualmente, scriveva Winnicott introducendo l'area terza, quella transizionale [12].

Assumendo questa prospettiva come premessa della psicoterapia che integra l'esperienza sportiva - narrata, discussa, ricordata o direttamente vissuta - riteniamo sia possibile coltivare, all'interno della relazione terapeutica, uno spazio di gioco trasformativo.

Nel lavoro clinico abbiamo osservato che la narrazione di sé nella pratica sportiva può assumere le caratteristiche di uno strumento-specchio: specchio che riflette un'immagine spesso deformata, enfaticizzata o, almeno in quell'ambito finalmente integra del sé come è stato nel percorso con Antonio o con Dante, un tempo pallavolista professionista, ora allenatore la cui diagnosi di disturbo ossessivo compulsivo ha salvaguarda da sempre l'area sportiva.

Per questi motivi lo sport si rivela un potente veicolo di esplorazione dei nuclei problematici e delle risorse personali. Attraverso il linguaggio del corpo, le regole, la competizione o la cooperazione, il soggetto costruisce - e può rielaborare - la propria identità narrativa e rivedere lo stile di vita [5]. La narrazione sportiva in psicoterapia diventa un incontro tra due corpi e due menti nella stessa stanza, dove il cambiamento risulta sostenuto dal *sentirsi sentito* e trattato come persona più coraggiosa da parte del terapeuta autenticamente coinvolto [4].

Saverio, 36 anni, trail runner con diagnosi di agorafobia.

“Vorrei farti vedere dove ho più paura e rischio l'attacco di panico, in quali spazi, mi piacerebbe correre una volta insieme”.

Saverio esprime questa richiesta sulla porta, in uscita da un colloquio, dopo due anni di psicoterapia e alleanza terapeutica ormai solida.

Considerando il setting come spazio relazionale cooperativo in cui comprendere lo stile di vita e promuovere il coraggio [1, 2] assumiamo la possibilità di rispondere positivamente alla richiesta di Saverio o di altre similari, valutando anticipatamente la coerenza con il progetto terapeutico e gli echi nella relazione di cura.

Bibliografia

1. ADLER, A. (1924), *Praxis und Theorie der Individualpsychologie*, tr. it. *Psicologia individuale. Prassi e Teoria*, Newton Compton, Roma 2006.
2. DREIKURS, R. (1930), *Foundamentals of Adlerian Psychology*, tr. it. *Lineamenti della psicologia di Adler*, La Nuova Italia, Venezia 1968.
3. DREIKURS, D., DREIKURS, R. (1963), *The Process of Encouragement*, tr. it. *Il processo di incoraggiamento*, Giunti-Barbera, Firenze 1974.
4. FASSINO, S. (2010), Finzioni e processi di cambiamento, *Riv. Psicol. Indiv.*, 68: 59-79.
5. GRANDI, L. G. (2016), *Amore e Psiche*, Effatà, Cantalupa (TO).
6. GRION, L. (2021), *Bernard Suits. Filosofia del gioco*, Scholè, Brescia.
7. LERDA, G. S., LO SAPIO, V., DOGLIANI, F. (2020), La stanza virtuale della terapia in età evolutiva, *Riv. Psicol. Indiv.*, 88: 41-63.
8. MILAN, G. (2022), in GRION, L. (a cura di), *Il senso dello sport*, Mimesis, Sesto San Giovanni (MI).
9. PRUNELLI, V. (2020), *Famiglia, scuola e sport*, Franco Angeli, Milano.
10. SUISM (a cura di, 2024), *Occhio allo sport*, Quaderni della Fondazione CRC, Q46, Fondazione CRC, Cuneo.
11. VERCELLI, G. (2005), *Vincere con la mente*, Ponte alle Grazie Editore, Milano.
12. WINNICOTT, D. W. (1971), *Playing and Reality*, tr. it. *Gioco e realtà*, Armando, Roma, 2001.

Il rispecchiamento nel silenzio: l'essere terapeuta nei vissuti di scoraggiamento tra deformazione e sintonizzazione

CHIARA BUTTIGLIA, SILVIA ZANNONI

Summary – MIRRORING IN SILENCE: BEING A THERAPIST IN EXPERIENCES OF DISCOURAGEMENT BETWEEN: DISTORTION AND ATTUNEMENT. The contribution explores the role of silence in depth psychotherapies, highlighting its communicative and transformative function within the therapeutic relationship. Far from being an empty space, silence constitutes an active arena in which implicit intersubjective processes are co-constructed, supported by right-hemisphere functions and nonverbal affective dynamics. Through the analysis of three clinical examples, we share the observation of how silence can serve as a tuning or distorting mirror of the patient's emotional states, shedding light on the influence of the therapist's Lifestyle and defenses in moments of discouragement and suffering. The clinician's internal reactions, ranging from the tendency to saturate the space through verbal channels to the retreat into rational thinking, emerge as crucial elements to recognize in order to avoid defensive interventions and foster authentic attunement. Finally, the work highlights how dwelling in silence, tolerating vulnerability and mutual resonance, represents an act of clinical courage capable of generating transformative experiences. Within this intersubjective field, therapist and patient can meet in an emotional depth that opens to new meanings and possibilities for change.

Keywords: THERAPIST'S RESONANCES, EMOTIONAL ATTUNEMENT, INTERSUBJECTIVITY

Abstract – IL RISPECCHIAMENTO NEL SILENZIO: L'ESSERE TERAPEUTA NEI VISSUTI DI SCORAGGIAMENTO TRA DEFORMAZIONE E SINTONIZZAZIONE. Il contributo esplora il ruolo del silenzio nelle psicoterapie del profondo, evidenziandone la funzione comunicativa e trasformativa all'interno della relazione terapeutica. Lungi dall'essere un vuoto, il silenzio costituisce uno spazio attivo in cui si co-costruiscono processi intersoggettivi impliciti, sostenuti dalle funzioni dell'emisfero destro e dalle dinamiche affettive non verbali. Attraverso l'analisi di tre vignette cliniche, condividiamo l'osservazione di come il silenzio possa fungere da specchio sintonizzante o deformante degli stati emotivi del paziente, mettendo in luce l'influenza dello Stile di Vita e delle difese del terapeuta nei momenti di scoraggiamento e sofferenza. Le reazioni interne del clinico, dalla tendenza a saturare lo spazio tramite il canale verbale alla fuga nel pensiero razionale, emergono come elementi cruciali da riconoscere per evitare interventi difensivi e favorire una sintonizzazione autentica. Il lavoro evidenzia infine, come sostare nel silenzio, tollerando vulnerabilità e risonanze reciproche, rappresenti un atto di coraggio clinico capace di generare esperienze trasformative. In questo campo intersoggettivo, terapeuta e paziente possono incontrarsi in una profondità emotiva che apre a nuovi significati e a possibilità di cambiamento.

Parole chiave: RISONANZE DEL TERAPEUTA, SINTONIZZAZIONE EMOTIVA, INTERSOGGETTIVITÀ

Introduzione:

In questo intervento parleremo del silenzio come tecnica impiegata nelle terapie del profondo [4], esplorandone il valore comunicativo, specialmente nel caso in cui è il terapeuta a impiegarlo [7, 11].

Iniziamo col dire che il silenzio può comunicare molteplici significati, in generale, in tanti contesti di vita. Ascolto, imbarazzo, incomprensione, lutto, evitamento, oppositività, rabbia... e l'elenco potrebbe andare avanti infinitamente, perché il silenzio, essendo una comunicazione, di per sé, insatura e non definita, apre a una miriade di potenziali significati [6]. Può addirittura racchiudere significati opposti, ad es. può sia dare rilievo ai contenuti verbali sia non sottolineare parole dette, lasciarle cadere e questo vale anche in terapia.

Attualmente, è riconosciuto che il silenzio nelle terapie psicomodinamiche ricopra un valore pari a quello della parola: è comunicazione [13]. È anche vero che il silenzio vada tarato a seconda del tipo di intervento; quindi, sarà meno indicato nelle terapie supportive, in cui il paziente va maggiormente sostenuto dagli interventi del terapeuta, mentre invece può essere più presente nelle terapie del profondo ed essere occasione preziosa per il paziente, affinché possa egli stesso, in quel silenzio, individuare i propri nuclei [5].

Il silenzio, inoltre, assume caratteristiche e funzioni diverse a seconda della fase della terapia e in virtù della qualità dell'alleanza/relazione [1, 10]. Il terapeuta che intende impiegare il silenzio dovrebbe considerare l'impatto di tale intervento sul sistema finzionale di significati del paziente, afferenti al suo Stile di Vita [2], e le finalità terapeutiche verso cui orientare il processo.

Nel contesto sociale attuale, caratterizzato da iper-sollecitazioni che richiedono reattività rapida e prestazionale, il silenzio può altresì rappresentare una dimensione complessa e difficile in cui si possono generare resistenze [9]. Come hanno efficacemente rappresentato Bignamini, Fassina e Simonelli: "Il paziente diventa im-paziente, indifferente alla ricerca di senso, vuole sapere *che fare* e *che fare ora* (...). Il terapeuta, da alleato-sapiente-saggio, esperto esploratore del *senso* della sofferenza, viene coartato nel ruolo di fornitore di prestazione." (3, p. 58). Respirando queste tendenze culturali, percepiamo la facilità di lasciarci trasportare dalle aspettative nell'abitare il ruolo di psicoterapeuta.

Lo strumento del silenzio non va inteso come un vuoto, non una mera assenza, bensì uno spazio attivo che può consentire al paziente di entrare più profondamente in contatto con il proprio mondo interno. Un setting maggiormente calibrato sulla sospensione dell'intervento diretto, se da un lato può favorire libere associazioni nel paziente, dall'altro può attivare sintonizzazioni emotive profonde e comunicazioni implicite che coinvolgono anche il terapeuta.

Le recenti acquisizioni neuroscientifiche, tra cui quelle descritte da Allan N. Schore [15] hanno confermato ciò che nell'esperienza clinica si era già intuito: gran parte della comunicazione si muove sulla matrice dell'intersoggettività e sulle funzioni dell'emisfero destro. La terapia, quindi, avviene non solo a livello verbale, ma su diversi livelli di interscambio implicito: corporeo, affettivo e relazionale [8]. Nel silenzio il terapeuta e il paziente "dialogano", co-regolando i reciproci stati interni attraverso canali emotivi, e questo dialogo avviene all'interno del campo intersoggettivo co-costruito.

Il terapeuta, che coltiva la disponibilità a entrare in risonanza con nuclei indicibili e non verbalizzabili, agisce in modalità trasformativa nell'elaborarli e comunicarli in maniera implicita. Nel silenzio nella diade terapeutica possono liberarsi momenti emotivamente intensi, che rappresentano occasioni potenziali di regolazione interattiva degli affetti. Nel silenzio, l'emisfero destro del terapeuta può quindi funzionare come uno specchio deformante o sintonizzante degli affetti del paziente. Nel peculiare interscambio relazionale che si anima con ciascun paziente, le difese del terapeuta possono essere molteplici, in quanto fortemente connesse al suo stile di vita.

Il terapeuta che non riesce a identificare le attivazioni del proprio mondo interno rischia di attuare il principio di negazione di queste risonanze, evitando di ascoltarle nel silenzio, non operando su un piano psicoterapeutico e scivolando nel registro psicopedagogico.

In momenti clinici peculiari, in cui i pazienti attraversano vissuti di scoraggiamento, disforie e difficoltà reattive alle complessità della vita, abbiamo ascoltato in noi sia l'emergere di risonanze emotive sia la loro assenza, nel distanzia-rci/mento dal paziente.

I. Esemplicazioni cliniche

Nel corso della pratica, abbiamo iniziato a prestare attenzione ai nostri contributi in seduta: abbiamo potuto sentire come sia importante innescare un processo di continua analisi dei nostri contro-atteggiamenti [14] e dei relativi bisogni sottostanti. Ci siamo riconosciute spesso un impulso ad intervenire eccessivamente ed in modo non consapevole in seduta, seguendo quindi la nostra onda emotiva, e non riuscendo a porre la giusta attenzione a cosa si stesse muovendo nel nostro mondo interno.

La spinta a sentirci utili, se non riconosciuta, rischia di farci rispondere in modo reattivo a ciò che il paziente porta, prese dall'impazienza comunicativa e prestazionale, anziché da un'autentica sintonizzazione con i bisogni della persona.

Il caso di Roberta

Nel tempo, le supervisioni dei casi con il gruppo di colleghi, per me sono state fonte di crescita: attraverso soprattutto i rimandi del supervisore, ho potuto vedere la mia tendenza a parlare eccessivamente durante le sedute e a non riuscire ad impiegare il silenzio.

Prendere atto di questo, non è stato di per sé trasformativo nell'immediato ovviamente, anzi, tante volte mi capita di ripresentare automatismi, non riuscendo a frenare le spinte a intervenire e a direzionare il paziente. Ho iniziato a stare sempre di più in contatto con la difficoltà di provare a distinguere quelli che erano i miei vissuti e significati da quelli dei pazienti.

Evitare di intervenire non è affatto nella mia comfort zone perché non soddisfa i miei bisogni narcisistici e la mia necessità di farmi sentire presente... ma davvero trasmesso questo con le mie parole? Oppure, prendendo troppo spazio e interrompendo il flusso emotivo della persona, involontariamente mando proprio il messaggio opposto, che non la fa sentire accolta e compresa? Mi sono chiesta: «Che ruolo giocano le mie difese dai vissuti di sofferenza? Perché tento di distanziarli, evitando di empatizzare con i sentimenti di inferiorità che mi vengono offerti?».

Queste riflessioni sono emerse soprattutto nella terapia con Roberta, una signora di 49 anni. Quando ero davanti a momenti di sconforto di Roberta, tendevo a intervenire per rassicurarla, non riuscendo a stare in silenzio, nel timore che lei si sentisse sola e abbandonata da me. Sapevo che nei suoi ricordi delle liti con i genitori da bambina, lei aveva molto sofferto il silenzio degli adulti come punizione. La signora mi aveva descritto quelle situazioni di silenzio genitoriale, dopo essere stata sgridata, come un tempo interminabile, in cui lei non sapeva decifrare lo stato d'animo dei genitori nei suoi confronti: rimaneva nell'incertezza e nel senso di colpa per averli fatti arrabbiare.

Lo scorso anno Roberta ha vissuto una relazione con un uomo che parlava pochissimo. Lei percepiva come insostenibili quei silenzi di lui in auto, al ristorante, a casa, soffrendo del fatto che egli parlasse e scherzasse con altre persone in sua presenza, ma spesso le riservasse il silenzio quando erano soli. Nei racconti in cui Roberta si sentiva abbattuta dalle circostanze, io sentivo la spinta a incoraggiarla, facendole vedere le cose positive della situazione, le risorse a cui lei avrebbe potuto attingere, non riuscendo a stare con lei in quegli stati d'animo negativi.

Il silenzio slatentizzava timori miei di essere il genitore distante emotivamente, continuando a vederla come quella bambina sola, triste e non confortata, colludendo anch'io con quel bisogno infantile di essere rassicurata... che si attivava anche in me!

Le mie difese, nel parlare, riempivano lo spazio psichico di entrambe, non lasciando vivere a Roberta l'opportunità di qualche momento di silenzio, in cui lei avrebbe potuto ascoltarsi. Il mio agire era mosso dai miei bisogni non riconosciuti e da proiezioni sulla paziente, e nutriva il mantenimento dei tratti di dipendenza di Roberta, impedendole di costruire e di rafforzare un contenitore per le emozioni negative.

I miei interventi verbali saturanti mi impedivano sia di stare con lei nel silenzio, per sintonizzarmi in maniera più profonda, sia di stare in ascolto delle mie risonanze emotive.

Il caso di Sara

Un'altra paziente che mi ha fatta soffermare sulle mie difficoltà a impiegare il silenzio in senso terapeutico è Sara. Sara, all'avvio del nostro percorso, aveva 27 anni e piangeva moltissimo in tutte le sedute. Esprimeva una tristezza profonda e vissuti di isolamento sociale che andavano avanti da un paio d'anni, non rispondeva al telefono agli amici e non usciva più per la vergogna dei troppi kg. accumulati.

Soffriva molto per gli scontri frequenti sia con i genitori, sia con le clienti a cui faceva le unghie a casa propria. Si sentiva sopraffatta dagli eventi e dalle persone, aveva un umore fortemente depresso ed era talmente sfiduciata nei confronti della vita al punto da avere desideri regressivi, diceva: «Se potessi tornare dentro mia mamma ci tornerei».

I primi tempi non è stato facile per me costruire la relazione con lei e successivamente ho lavorato molto sul piano psicoeducativo.

Negli ultimi due anni di psicoterapia, però, Sara ha mostrato maggiore capacità nello stare a contatto con le emozioni negative, riuscendo a mentalizzare i vissuti e non a farsi travolgere da questi.

Ha iniziato a gestire con progressiva efficacia le responsabilità della vita e i collaudi positivi sono gradualmente apparsi in diversi ambiti: frequenta la scuola di estetica, accudisce la nonna malata di Alzheimer aiutando i genitori, ha perso 11 kg con l'aiuto di una nutrizionista, ammorbidendo un po' la sua grave selettività alimentare; nell'ultimo anno ha anche assistito la sua cagnolina in un lungo ciclo di chemioterapia e, sul fronte sociale, si è impegnata a mantenere poche amicizie.

In una seduta di luglio 2025 Sara esordisce piangendo e lamentandosi delle proprie fatiche, del fatto che è stanca, che non ne può più di correre tra stage formativo, la nonna, le clienti, il veterinario. Piange, a più riprese, e mi sembra di rivedere quella bambina immatura e fragile conosciuta in psicodiagnosi anni fa.

In quel colloquio, davanti a quel pianto a dirotto, ho sentito in me la paura che Sara potesse essere scivolata di nuovo nella depressione di anni addietro, nel vedere tutto nero e avevo il timore che lei si arrendesse, che non continuasse a impegnarsi per mantenere i suoi obiettivi di crescita e le nuove modalità di funzionamento che faticosamente aveva conquistato.

Nel momento in cui mi veniva l'impulso a parlare, però, sono riuscita a inibirlo, sentendo la preoccupazione attivarsi in me: stavo andando in ansia al pensiero che lei fosse arretrata e, guardando io stessa indietro a tutto il nostro percorso, mi sono tranquillizzata.

Ho aperto un dialogo interno in cui mi dicevo che era solo un momento transitorio di regressione emotiva per Sara, che, dopotutto, era assolutamente legittima la sua fatica in quel periodo e che non potevo negarle questo diritto: il diritto di esistere di quella parte di lei, che non era più prevalente e alla guida del suo stile di vita, ma che continuava ad esistere, poiché parte della sua identità.

Allora mi sono chiesta quanto facessi fatica io a stare a contatto con i miei vissuti depressivi e questo mi ha permesso di contattare maggiormente il mio sentimento d'inferiorità, la bambina fragile che è in me, che teme di abbattersi e di non avere le risorse per affrontare i momenti dolorosi della vita.

Il caso di Cristian

Il silenzio, nella stanza di terapia, può configurarsi come un'opportunità per stimolare connessioni interne e favorire approfondimenti, uno "spazio potenziale" [16], in cui è possibile sostare, senza dover subito fare o spiegare. Il silenzio può configurarsi, pertanto, come uno spazio prezioso che permette di entrare in contatto più profondo con sé stessi, con i propri vissuti, con i propri stati interni, non per forza verbalizzabili.

Come terapeuta, non è sempre facile restare presenti e sintonizzati di fronte a certe sollecitazioni emotive. A volte, ciò che l'altro porta nella sua comunicazione implicita ci risuona dentro, ci rimanda a esperienze interne personali, a vissuti ancora in fermento o nascosti in angoli interiori.

La principale difficoltà si manifesta proprio quando il mio essere terapeuta si interseca con l'essere Silvia, quando il mio Stile di Vita influenza lo sguardo e la risonanza che si crea con il paziente e a ciò che sta fluttuando nel nostro stare insieme. Ci sono poi momenti di vita in cui le sollecitazioni diventano ancora più intense, perché si intrecciano con battaglie antiche, nuove fatiche, equilibri precari e nuovi riadattamenti personali.

Grazie al prezioso supporto dell'analisi didattica, ho potuto osservare con un po' più di chiarezza il mio funzionamento interno. In particolare, ho riconosciuto in me una spinta automatica a proteggermi dalle sollecitazioni emotive più dolorose, soprattutto quelle legate al senso di scoraggiamento. Questa forma di difesa, spesso invisibile e inconsapevole, mi porta talvolta ad allontanarmi dall'esperienza emotiva prima ancora di poterla sentire o "contattare".

Per spiegare meglio cosa intendo, porto il caso di Cristian, un ragazzo di 28 anni, che manifesta vissuti persistenti di demotivazione, mancanza di senso e vuoto interiore. Racconta di non sentire emozioni, se non noia.... solo un silenzio piatto dentro, come se qualcosa si fosse spento.

Dice spesso che si sveglia al mattino senza sapere davvero perché alzarsi dal letto: le giornate scorrono tutte uguali e ogni gesto gli sembra privo di significato. Ha sperimentato diversi insuccessi in attività scolastiche e lavorative, e di fronte a certe disconferme, gli si è radicato il pensiero, che tanto a nulla servirà qualunque impegno.

Di origini straniere, è in Italia da quando aveva due anni. Il padre, spesso disoccupato, ha avuto comportamenti violenti verso la madre, ai quali Cristian ha assistito da bambino. I suoi ricordi sono frammentati, privi di una narrazione organica. Si vede rannicchiato sotto la penisola della cucina, vicino al frigorifero bianco, mentre cerca di contare le macchie sulla superficie, nel tentativo di distogliere l'attenzione da ciò che avviene in sottofondo. Ricorda la fuga da casa, lui e la madre ospitati da un'amica per quindici giorni, nascosti, spaesati. Ma anche questo lo narra come fosse la trama di un film visto tempo prima. Senza mostrare alcuna emozione connessa.

In me, di fronte a questa storia così faticosa, nasce una fortissima tenerezza. Sento la spinta a volerlo accogliere e proteggere. Vorrei "prenderlo con me", togliergli quel carico pesante, rassicurarlo, infondergli speranza.

Ed è con questa postura interna che lo incontro nel nostro spazio relazionale.

Un giorno, mentre parliamo della madre e delle difficoltà che lei attualmente sta affrontando, Cristian scoppia in un pianto. Un pianto sordo, silenzioso. Si copre il viso con le mani, quasi a nascondersi, e mentre prende i fazzoletti, posso scorgere una mimica di sofferenza, di contrazione dietro quelle mani.

E poi... silenzio.

E io... in quel silenzio... cosa sento?

Quella manifestazione di dolore non mi suscita nulla. Un vuoto. E questo vuoto, piano piano, si trasforma in fastidio, in pesantezza. Dov'è andata a finire la tenerezza e l'empatia che provavo nei suoi confronti? Nella frazione di qualche secondo, si attivano i pensieri, fedeli alleati delle mie difese, schierati ad allontanarmi da quel sentire... e cosa faccio?

Intervengo prontamente, verbalizzo comprensione, ragiono insieme a lui sulle cause della preoccupazione, cerchiamo soluzioni pratiche. In altre parole, riporto la situazione a un piano più “confortevole”, saturando quel silenzio, in automatico, per tornare ad uno stato che credo possa essere più utile.

Ma ripensandoci, finita la nostra seduta, mi rimane dentro una strana sensazione di spiacevolezza. È davvero possibile non aver sentito nulla dinanzi a quel pianto? Non aver colto alcuna emozione? Mi interrogo. Ma anche in questo momento successivo, entrano in campo le mie difese: non mi era arrivata un’emotività intensa da parte sua.

Quella scena e quel pianto mi erano sembrati quasi una recita. Una messa in scena coerente con il suo legittimo ruolo di vittima, costruita per attivare compassione e comprensione, in linea con il suo stile di vita. Mi dico: “Che fatica ho fatto! Che difficile è stato restarci! Un pianto prepotente, nel suo essere sordo, quasi imperativo. Eppure, ho retto. Non ho colluso”.

Solo portando questo episodio in analisi didattica, ho potuto guardare ciò che in realtà era davvero accaduto: non si trattava affatto di una messa in scena... quel pianto mi aveva messa di fronte a qualcosa di molto forte, un dolore crudo, non filtrato, che ha risuonato con il mio.

Cristian, con quel suo pianto muto e insieme così eloquente, mi ha posto di fronte a un bivio: comunicare nel suo silenzio oppure spostarmi da ciò che in quel silenzio si stava comunicando emotivamente. E ho agito la seconda strada. Mi sono rifugiata nell’efficacia, nella rassicurazione del pensiero logico e del trovare una soluzione.

Eppure, in quel momento, forse ciò di cui Cristian aveva più bisogno era proprio che qualcuno rimanesse lì, con lui, in quello smarrimento, senza fare. Senza aggiustare. Solo esserci.

Ed io cosa gli ho comunicato implicitamente? Che cosa gli ho rispecchiato? Che il dolore è minaccioso, che non si può restare in quel dolore, che il modo più opportuno di affrontarlo è comprenderne le cause e cercare soluzioni, per uscirne il prima possibile. Ma cosa accade se, invece, provassimo semplicemente a stare in quel vissuto? Cosa significa davvero stare? Stare nel silenzio, stare nell’impotenza, stare nel dolore dell’altro... stare nel mio di dolore.

Quello che si è mosso nella stanza non è stato solo il dolore di Cristian, ma anche il mio, che se lasciato emergere, avrebbe rischiato di destabilizzare anche me. Perché il dolore che si stava riattivando in me, era troppo denso, troppo pieno, troppo minaccioso da mantenerne il contatto.

Prendere coscienza di questo mio meccanismo ha rappresentato per me un passaggio fondamentale: mi ha permesso non solo di leggere con più lucidità le mie reazioni, ma anche di iniziare a costruire nuove modalità più aperte e coraggiose di stare nell'esperienza emotiva... sia dentro che fuori dalla stanza di terapia. Forse l'aspetto più potente di questo incontro è stato proprio accorgermi di quanto sia sottile il confine tra l'ascoltare e l'agire, tra l'essere presente e l'essere funzionale.

In fondo, come la teoria adleriana ci insegna, crescere, come terapeuta, ma anche come persona, richiede coraggio: non quello di agire subito, ma di poter sostare anche in quei momenti in cui il contatto con l'altro passa proprio attraverso il contatto con noi stessi.

E che il coraggio più grande non è quello di intervenire, ma di restare, un atto che restituisce coraggio al paziente non attraverso soluzioni immediate, ma tramite la condivisione autentica della vulnerabilità. Perché è proprio lì, in quello spazio condiviso, intersoggettivo, che può nascere qualcosa di profondamente trasformativo.

“Il silenzio è una comunicazione, parlare o stare zitti sono omologhi.

Il silenzio è parola (...).

Se un paziente sta in silenzio, parla.

Si tratta solo di capire cosa significa il silenzio in ogni caso” [12].

Bibliografia e Sitografia

1. ABBATE DAGA, G. (2015), A proposito della relazione terapeutica, *Riv. Psicol. Indiv.*, 78: 107-121.
2. ADLER, A. (1933), *Der Sinn des Lebens*, tr. it. *Il senso della vita*, Newton Compton, Roma 1997.
3. BIGNAMINI, E., FASSINA, S., SIMONELLI, B. (2021), Psicoterapia, Analisi. Per un riconoscimento della diversità nella continuità, *Riv. Psicol. Indiv.*, 9: 53-71.
4. CALAMANDREI, S. (2012), "Le dimensioni del silenzio come fattore terapeutico", *Convegno "Il silenzio in Psicoanalisi"*, Centro Psicoanalitico di Firenze "Giovanni Hautmann".
5. CAZZANIGA, G. (2001), Il silenzio del paziente nel setting psicoterapeutico, *Riv. Psicol. Indiv.*, 50: 53-70.
6. COSMAI, M. (2014), *Silenzio e rumore. Amici e nemici del pensiero*, Franco Angeli, Milano.
7. CREMERIUS, J. (1971), Il silenzio dell'analista, *Jahrbuch der Psychoanalyse*, 4: 12-18.
8. FASSINO, S. (2017), Neuroscienze e dinamiche profonde del cambiamento nella relazione psicoterapeutica, *Riv. Psicol. Indiv.*, 82: 29-53.
9. GREENSON, R. H. (1967), *The Technique and Practice of Psychoanalysis*, tr. it. *Tecnica e Pratica Psicoanalitica*, Feltrinelli, Milano 1974.
10. IANNI, D., ZAVALLONI, D. (1988), Il linguaggio del silenzio in psicoterapia, *Riv. Psicol. Indiv.*, 28-29: 41-49.
11. LANE, R. C., KOETTING, M. G., BISHOP, J. (2002), Silence as Communication in Psychodynamic Psychotherapy, *Clinical Psychology Review*, 22: 1091-1104.
12. MIGONE, P. (2022), Il silenzio nella terapia psicoanalitica, *Istituto Erich Fromm*, Bologna Disponibile in: https://www.youtube.com/watch?v=_dNLON0S1tQ [19 maggio 2022].
13. ROVERA, G. G., GATTI, A. (2012), Linguaggio e Comprensione Esplicitiva, *Riv. Psicol. Indiv.*, 71: 87-128.
14. ROVERA, G. G. (2015), Lo Stile Terapeutico, *Riv. Psicol. Indiv.*, 78: 19-85.
15. SCHORE, A. N. (2019), *Right Brain Psychotherapy*, tr. it. *Psicoterapia con l'emisfero destro*. Raffaello Cortina, Milano 2022.
16. WINNICOTT, D. W. (1971), *Playing and Reality*, tr. it. *Gioco e realtà*, Armando Editore, Roma 1974.

“C’era una volta”: la fiaba come narrazione di sé e del mondo, in terapia individuale e nei contesti formativi

PATRIZIA CAMEDDA, MARIANGELA LAURIA

Summary – “ONCE UPON A TIME”: FAIRYTALES AS NARRATIVES OF THE SELF AND THE WORLD IN INDIVIDUAL THERAPY AND EDUCATIONAL CONTEXTS. In psychotherapeutic work, the fairy tale can serve as a powerful narrative tool, allowing symbolic and protected access to one’s inner story. In this presentation, I will introduce brief clinical vignettes in which, during the initial phases of individual therapy, I invite adult patients to conceive and write an original fairy tale, which is then explored in subsequent sessions. This process enables the emergence of profound themes related to self-image, meaningful relationships, and experiences of obstacles and growth, offering an indirect and symbolic interpretative key, particularly useful during early impasses or narrative resistance. We will also present a workshop carried out with a group of preschool teachers, where the creation of fairytales, first individually and then collectively, fostered processes of personal awareness, shared reflection, and relational development. In both contexts, the fairy tale proved to be a powerful activator of narrative identity, capable of connecting inner worlds with relational settings, aligning with the communal and cooperative perspective of Adlerian thought. Fairy tale narration is an ancient and universal form of meaning-making that transcends cultures and generations. Its symbolic and metaphorical language opens a “middle space” between reality and imagination, where one can safely engage with desires, fears, resources, and transformations. Fairytales recount journeys and trials that mirror real life paths in a mimetic form, suggesting directions, alliances, and possibilities. Their plots facilitate deep connections between narrator, listener, and the evoked characters, nurturing a network of meanings that supports identity construction and the reelaboration of experience. Working with fairytales, in therapy as well as in educational settings, means caring for material that is delicate yet richly endowed, material that must be “rubbed” carefully, like a magic stone or talisman [9], in order to reveal its full transformative power.

Keywords: FAIRY TALE, NARRATIVE, PSYCHOTHERAPY, NARRATIVE THERAPY, SYMBOLS

Abstract – “C’ERA UNA VOLTA”: LA FIABA COME NARRAZIONE DI SÉ E DEL MONDO, IN TERAPIA INDIVIDUALE E NEI CONTESTI FORMATIVI. Nel percorso psicoterapeutico, la fiaba può costituire uno strumento narrativo potente per accedere in modo simbolico e protetto alla propria storia interiore. In questo intervento presenterò brevi vignette cliniche in cui, nelle fasi iniziali delle terapie individuali, propongo ai pazienti, adulti, di ideare e scrivere una fiaba originale che verrà poi analizzata nelle sedute successive. Questo processo consente l’emersione di temi profondi legati all’immagine di sé, alle relazioni significative, ai vissuti di ostacolo e crescita, offrendo una chiave di lettura indiretta e simbolica, particolarmente utile nei momenti di impasse iniziale o di resistenza narrativa. Presenteremo inoltre un laboratorio condotto con un gruppo di docenti della scuola dell’infanzia, in cui la creazione di fiabe, prima in forma individuale, poi collettiva, ha favorito processi di consapevolezza personale, condivisione e cre-

“C’era una volta”: la fiaba come narrazione di sé e del mondo, in terapia individuale e nei contesti formativi 147

scita relazionale. La fiaba, in entrambe le esperienze, si è rivelata un potente attivatore di identità narrativa, capace di connettere mondi interiori e contesti relazionali, in linea con la visione comunitaria e cooperativa del pensiero adleriano. La narrazione fiabesca è una forma antica e universale di costruzione di senso, che attraversa culture e generazioni. Il suo linguaggio simbolico e metaforico apre uno spazio “di mezzo” tra realtà e immaginazione, in cui è possibile giocare, in modo protetto, con desideri, timori, risorse e trasformazioni. Le fiabe raccontano viaggi, prove, che rispecchiano, in forma mimetica, i percorsi di vita reali, suggerendo direzioni, alleanze e possibilità. Le trame favoriscono connessioni profonde tra chi narra, chi ascolta e i personaggi evocati, alimentando una rete di significati che sostiene la costruzione dell’identità e la rielaborazione delle esperienze. Lavorare con le fiabe, in terapia come nei contesti formativi, significa prendersi cura di un materiale delicato ma ricchissimo, che va “strofinato” con attenzione, come una pietra magica o un talismano [9] per farne emergere tutta la forza trasformativa.

Parole chiave: FIABA, NARRAZIONE, PSICOTERAPIA, TERAPIA NARRATIVA, SIMBOLI

“Le fiabe sono vere. Sono, cioè, trasposizioni, trasfigurazioni di situazioni esistenziali, interiori, universali, e soprattutto di ordine psicologico.”

(B. Bettelheim, *Il mondo incantato*)

“C’era una volta” è una formula semplice, quasi infantile, una soglia narrativa. Formula semplice ma dotata di un potere antico: sospende il tempo lineare, apre uno spazio intermedio tra realtà e immaginazione, permette a chi ascolta, e a chi narra, di esplorare territori interiori senza esserne travolto. L’impiego di strategie narrative in psicologia clinica affonda le sue radici in una lunga tradizione culturale e terapeutica.

Nelle società tradizionali, le fiabe costituivano un dispositivo psico-educativo fondamentale: offrivano cornici simboliche per interpretare la realtà, orientavano nel confronto con problemi personali ed eventi stressanti, mettevano in guardia dalle avversità della vita e accompagnavano il passaggio all’età adulta. Non erano racconti destinati principalmente ai bambini, bensì ai giovani adulti, e venivano generalmente trasmessi da narratori anziani e riconosciuti nella comunità, depositari di una saggezza che veniva veicolata attraverso il repertorio delle storie [7].

I temi che strutturano le fiabe: il coraggio, la perdita, la prova, la speranza, la resilienza, la trasformazione personale, coincidono oggi con costrutti centrali nella psicologia clinica e nella psicoterapia. La fiaba, nel suo intreccio di metafore, immagini e percorsi evolutivi, si configura come uno spazio simbolico in cui è possibile riconoscere conflitti, desideri, risorse e traiettorie di cambiamento.

In questo quadro, la narrativa fiabesca rappresenta una forma specifica di terapia narrativa applicabile in ambito psicologico e psicoterapeutico. L’utilizzo della struttura archetipica delle fiabe, e delle metafore che la sostengono, permette infatti di accompagnare le persone nell’affrontare difficoltà della vita quotidiana, nella rielaborazione di eventi stressanti e nella promozione del benessere psicologico, facilitando processi

di significazione, integrazione e crescita personale. Il simbolo si apre verso ciò che non è ancora conosciuto e consente di intuire legami che la coscienza e la logica non riescono a riconoscere. Allo stesso tempo, il simbolo opera come una sorta di sostituto: rappresenta, in forma velata, contenuti che altrimenti verrebbero repressi, permettendo loro di affiorare alla coscienza senza essere immediatamente censurati.

Il simbolo agisce inoltre come ponte tra diversi livelli psichici, facilitando il passaggio tra il conscio e l'inconscio, tra ciò che è evidente e ciò che resta nascosto. In questo senso svolge anche un ruolo formativo e terapeutico, poiché favorisce un senso di identificazione e connessione con una dimensione più ampia dell'esperienza umana, aiutando l'individuo a percepirsi meno solo e isolato.

Nella pratica clinica e nei contesti formativi, la fiaba risponde a un bisogno essenziale: trovare un linguaggio che renda dicibile ciò che spesso è indicibile. Le persone che incontriamo, nelle nostre stanze di terapia, portano storie frammentate, interrotte o troppo dolorose da raccontare in modo diretto.

Il lavoro psicologico si svolge dunque spesso nella ricerca di una forma narrativa che consenta di dare continuità all'esperienza e di recuperare la propria voce. Schafer [8] suggerisce che, dato che i meccanismi di difesa nevrotici servono a nascondere motivazioni conflittuali, i pazienti tendono a cancellare le motivazioni dalle loro storie biografiche, trasformando le azioni intenzionali in eventi vissuti passivamente di cui il paziente non ha alcuna responsabilità. Nel lavoro terapeutico ci ritroviamo a provare a comprendere l'ansia alla base delle distorsioni difensive, le motivazioni e i desideri inconsci da cui il paziente si difende, allo scopo di riconoscere le motivazioni delle loro azioni passate.

La fiaba, con la sua struttura semplice ma carica di simboli universali, offre una via d'accesso privilegiata ai vissuti più profondi. Il paziente può parlare di sé senza esporsi, proiettando emozioni e conflitti su figure archetipiche, l'eroe inesperto, l'ostacolo, l'aiutante, il nemico, e costruendo una trama che, pur appartenendo al registro fantastico, rispecchia con sorprendente fedeltà il nucleo del proprio stile di vita.

I. La fiaba nella cornice teorica della Psicologia Individuale Adleriana

La Psicologia Individuale offre un terreno teorico particolarmente fecondo per comprendere la funzione clinica della fiaba. Secondo Adler [1] ogni individuo si muove nel mondo guidato da una direzione esistenziale, una "finzione guida" che dà coerenza alle scelte e alle emozioni, e che compensa il sentimento di inferiorità originario attraverso movimenti di crescita, cooperazione, o talvolta distorsioni disfunzionali.

La fiaba, con il suo linguaggio simbolico e relazionale, rappresenta perfettamente questa tensione: racconta di prove, ostacoli, metamorfosi, ma sempre dentro un movimento di crescita.

“C’era una volta”: la fiaba come narrazione di sé e del mondo, in terapia individuale e nei contesti formativi 149

Ogni eroe fiabesco attraversa il limite, affronta la paura, incontra l’altro, per arrivare non solo a un lieto fine ma a una nuova posizione esistenziale.

La fiaba, come struttura narrativa orientata, rappresenta simbolicamente questo percorso:

- un protagonista che parte da una condizione di mancanza
- una serie di prove che rivelano limiti e risorse
- figure di sostegno o di impedimento
- e una trasformazione finale che rende possibile una nuova posizione nel mondo

Proporre la scrittura di una fiaba in terapia significa dunque offrire uno spazio protetto di simbolizzazione dove riconfigurare la propria storia attraverso immagini meno minacciose, che permettono un’ esplorazione profonda senza le difese che spesso bloccano la narrazione diretta.

Nella fiaba l’esperienza (personale e soggettiva) può essere rappresentata anziché subito. Non si chiede al paziente di raccontare “la propria vita”, ma di scegliere un personaggio e collocarlo dentro una trama: in questa distanza simbolica emergono significati che spesso rimangono inaccessibili in forma discorsiva esplicita.

La fiaba diventa così un secondo livello narrativo: una mappa simbolica dell’esperienza interna, capace di far emergere sia gli elementi disfunzionali dello stile di vita sia le potenzialità non ancora riconosciute.

II. *Narrazione, simbolizzazione e funzione trasformativa*

Raccontare una storia significa ordinare l’esperienza, costruire connessioni, attribuire significato. In ambito clinico, la narrazione non è semplicemente un atto di comunicazione, ma un processo trasformativo: traduce impulsi, emozioni e vissuti preverbal in forme pensabili e condivisibili.

La fiaba, in quanto genere narrativo strutturato, svolge una duplice funzione:

Funzione di contenimento

La cornice fiabesca offre un “contenitore formale” che permette di organizzare angosce, desideri, paure. Elementi psichici caotici trovano una collocazione dentro una sequenza ordinata di eventi: c’è un inizio, un percorso, una conclusione. La sua struttura più stabile, organizzata e coerente, rispetto alla produzione onirica, favorisce i processi di simbolizzazione e una maggiore distanza riflessiva dai contenuti emotivi.

Funzione di trasformazione

La fiaba mostra che il cambiamento è possibile. Il protagonista è chiamato ad agire, a cercare alleati, a trasformarsi. Questa dinamica attiva immagini di forza, capacità, resilienza, e offre al paziente una rappresentazione interna più flessibile e dinamica di sé. Diverse ricerche in ambito psicodinamico e narrativo confermano che la produzione di storie fantastiche permette di accedere a livelli inconsci dell’esperienza in modo graduale e protetto: i personaggi diventano espressioni simboliche delle parti del Sé, e l’intreccio narrativo consente di ripensare il rapporto tra queste parti.

III. *Caso clinico: “Il piccolo aratro”*

A Mattia, un adolescente, in trattamento per difficoltà legate all'autostima, alla regolazione emotiva e al rapporto con l'autorità genitoriale, che stava attraversando un momento di stasi del processo terapeutico, segnata da una notevole difficoltà a verbalizzare i propri vissuti in modo fluido, coerente e significativo, rendendo complesso l'avanzamento del lavoro clinico, è stato proposto di inventare e scrivere una fiaba.

Nasce così la storia di **Marcolino**, un piccolo aratro che lavora nei campi insieme alla sua famiglia. Marcolino si percepisce come “piccolo, impreciso, non abbastanza” rispetto ai grandi aratri che lo circondano. Sente di dover dimostrare di essere forte, instancabile. Nel tentativo di essere all'altezza, perfetto, finisce per scavare troppo a fondo, creando un solco dal quale non riesce più a uscire.

La metafora è evidente: il solco rappresenta la trappola del perfezionismo e dell'auto-sufficienza, la fatica del compito vissuto in solitudine.

Nel momento di maggiore crisi per il protagonista, compare una nuova figura: **la sorellina**, simbolo di empatia e cooperazione. Non salva Marcolino, ma si affianca a lui nel gesto.

Questo passaggio segna l'apertura alla relazione: dal campo individuale a quello condiviso.

Rileggendo insieme la fiaba, il paziente ha potuto riconoscere in quella sorellina una parte di sé compassionevole e collaborativa.

La fiaba è divenuta così spazio di trasformazione narrativa, permettendo la traduzione in parole di esperienze prima vissute solo nel corpo o nel sintomo.

Dal punto di vista adleriano, emergono chiaramente gli elementi costitutivi dello stile di vita del giovanissimo paziente: il sentimento di inferiorità: “sono piccolo, non valgo abbastanza”; la finzione guida: “devo farcela da solo per essere riconosciuto”; la difficoltà a chiedere aiuto e il bisogno (nella fiaba personale finalmente espresso) di appartenenza e incoraggiamento.

La narrazione ha offerto un laboratorio simbolico per sperimentare alternative: il valore della cooperazione, la forza dell'incoraggiamento, la possibilità di non essere soli nel compito di vivere.

“C’era una volta”: la fiaba come narrazione di sé e del mondo, in terapia individuale e nei contesti formativi 151

IV. *La fiaba nei contesti gruppalì: un’esperienza formativa e simbolica*

Il lavoro con le fiabe non è utile soltanto nella terapia individuale, ma anche nei contesti educativi e formativi. L’introduzione di oggetti di mediazione nei gruppi ha un impatto significativo anche sui fattori terapeutici.

Si è osservato che l’introduzione di una fiaba, come oggetto di mediazione, all’interno di gruppi terapeutici ha promosso la creazione uno spazio transizionale per “*giocare pensieri ed affetti*” attraverso il potenziamento della coesione e della ricapitolazione correttiva. L’uso di oggetti transizionali come le fiabe, permette infatti di verbalizzare elementi altrimenti inesprimibili in prima persona, trasformando un mondo emotivo altrimenti “incandescente” in una narrazione verbale gestibile.

I dati raccolti in ricerche sul funzionamento gruppalè in terapia, indicano che l’uso degli oggetti di mediazione può effettivamente ridurre la difficoltà a identificare i propri sentimenti [5].

Durante un laboratorio narrativo con adulti (docenti scuola dell’infanzia) in situazione di stress e rischio burnout, ai partecipanti è stato chiesto di scrivere una breve fiaba personale.

Il senso di smarrimento, il bisogno di riconoscimento, la fiducia e l’amicizia, sono stati tra i principali temi emersi, ostacoli quindi, posizioni di svantaggio e difficoltà, e strategie di fronteggiamento affettive e comunitarie hanno rivelato il potenziale trasformativo della narrazione simbolica.

In una seconda fase, i partecipanti, divisi in piccoli gruppi, hanno ideato collettivamente una fiaba. L’attività ha favorito la creatività, la collaborazione, la capacità di risolvere conflitti in modo simbolico e di mettersi in gioco senza timore del giudizio. Nel racconto condiviso ciascuno ha potuto riconoscersi e, al tempo stesso, aprirsi all’altro: la fiaba è divenuta specchio e ponte, dispositivo di cooperazione e sentimento sociale.

Una delle storie create, la **fata trasformata in statua di sale** e salvata dall’amica Bernice, racconta, con semplicità, il potere relazionale della cura: la presenza di un altro che vede, che chiama, che restituisce vita. La co-narrazione inoltre ha favorito: la spontaneità, l’ascolto reciproco, la creatività come risorsa condivisa, la capacità di trovare soluzioni simboliche ai conflitti.

La breve fiaba possiamo a pieno titolo considerarla la rappresentazione narrativa del principio adleriano del *Gemeinschaftsgefühl*, il sentimento sociale come condizione di salute e autorealizzazione: il cambiamento avviene nell’incontro con l’altro. Non è la fata a salvarsi da sola, ma l’amica cuoca Bernice, che la vede, la cerca, la libera. È il sentimento sociale, la capacità di sentirsi parte di una comunità affettiva, a spezzare l’incantesimo.

V. Conclusioni

Lavorare con le fiabe in terapia e nei contesti formativi significa restituire alla narrazione il suo potere generativo. Ogni fiaba nasce da un bisogno umano universale: ordinare il caos interno, dare forma al dolore, immaginare una possibilità di trasformazione.

Nella prospettiva adleriana, la fiaba diventa un ponte tra il mondo interno e quello sociale, in quanto permette di esplorare sentimenti profondi, rafforza e consolida la cooperazione, attiva il sentimento sociale e facilita la costruzione di un'identità narrativa più integra e flessibile.

Nelle esperienze riportate possiamo considerare l'utilizzo psicologico delle fiabe personali, come un dispositivo di significazione e trasformazione personale e relazionale. Nel contesto clinico individuale favorisce la simbolizzazione e la riorganizzazione del Sé; nel gruppo, diventa spazio di intersoggettività e costruzione di legami.

Essa opera come ponte tra mondo interno e mondo sociale, tra il linguaggio delle emozioni e quello del pensiero, tra la solitudine e l'appartenenza.

E forse è proprio per questo che le fiabe sono ancora vere: perché continuano a creare legami. Tra il dolore e il desiderio, tra la ferita e la speranza, tra l'individuo e la comunità. Ogni volta che una fiaba viene raccontata, o riscritta, rimette in moto il processo fondamentale della vita psichica: la possibilità di trasformazione.

Bibliografia

1. ANSBACHER, H. L., RIPIN ANSBACHER, R. (1956), *The Individual Psychology of Alfred Adler*, tr. it. *La Psicologia Individuale di Alfred Adler*, Martinelli, Firenze 1997.
2. BETTELHEIM, B. (1976), *The Uses of Enchantment: The Meaning and Importance of Fairy Tales*, tr. it. *Il mondo incantato. Uso, importanza e significati psicoanalitici delle fiabe*, Feltrinelli, Milano 1977.
3. DANYLIUK, I., ZOLNIKOVA, S. (2019), Fairytale Therapy as a Method of Psychological Influence on an Individual, *Psychological Journal*, 5(6): 161-173.
4. HEUSCHER, J. E. (1963), *A Psychiatric Study of Myths and Fairy Tales: Their Origin, Meaning, and Usefulness*, Charles C. Thomas, Springfield, Illinois (U.S.A.) 1974.
5. MAROGNA, C., CACCAMO, F., CAPPA, S., COMPAGNO, S. (2019), La fiaba, oggetto mediatore di affetti nella riabilitazione psichiatrica di pazienti psicotici. La ricerca in un centro diurno psichiatrico, *Ricerche di Psicologia*, 42 (2): 457-476.
6. PROPP, V. J. (1928), *Morfologija skazki*, tr. it. *Morfologia della fiaba*, Einaudi, Torino 1966.
7. RUINI, C., MASONI, L., OTTOLINI, F., FERRARI, S. (2014), Positive Narrative Group Psychotherapy: The Use of Traditional Fairy Tales to Enhance Psychological Well-Being and Growth, *Psychology of Well-Being*, 4, 13.
8. SCHAFER, R. (1983), *The Analytic Attitude*, tr. it. *L’atteggiamento analitico*, Feltrinelli, Milano 1984.
9. VON FRANZ, M. L. (1970), *Die Interpretation von Märchen*, tr. it. *Le fiabe interpretate*, Bollati Boringhieri, Torino 1975.

Capovolgere lo specchio: viaggi psicologici in mondi digitali

FILIPPO CANDELA

Summary – FLIPPING THE MIRROR: PSYCHOLOGICAL JOURNEYS THROUGH DIGITAL WORLDS. This research investigates the psychological potential of video games as cultural products capable of representing emotions, mental processes, and relational dynamics. Through a qualitative analysis of 42 commercial titles selected for their psychological relevance, recurring themes emerge, including interpersonal relationships, lifestyle, grief, psychosis, and metapsychology. Video games prove to be complex narrative environments that translate psychological experiences into engaging interactive forms. Findings highlight their value as tools for education, awareness-raising, and reflection on psychological phenomena, revealing a rich narrative reservoir that remains largely underexplored within psychological sciences.

Keywords: VIDEOGAMES, DIGITAL PSYCHOLOGY, META-PSYCHOLOGY, GAMING CULTURE

Abstract – CAPOVOLGERE LO SPECCHIO: VIAGGI PSICOLOGICI IN MONDI DIGITALI. Questa ricerca esplora il potenziale psicologico dei videogiochi come prodotti culturali capaci di rappresentare emozioni, processi mentali e dinamiche relazionali. Attraverso l'analisi qualitativa di 42 titoli commerciali, selezionati per la loro rilevanza psicologica, emergono temi ricorrenti quali relazioni affettive, stile di vita, lutto, psicosi e meta-psicologia. I videogame si rivelano contenitori narrativi complessi, in grado di tradurre vissuti psicologici in esperienze interattive coinvolgenti. I risultati sottolineano il valore dei videogiochi come strumenti potenziali per la formazione, la sensibilizzazione e la riflessione sui fenomeni psicologici, mettendo in luce un patrimonio narrativo ancora poco esplorato dalle scienze psicologiche.

Parole chiave: VIDEOGAMES, MEDIUM VIDEOLUDICO, PSICOLOGIA DIGITALE, META-PSICOLOGIA, CULTURA VIDEOLUDICA

Introduzione

Non è certo una novità che la cultura, intesa come l'insieme dei prodotti creativi generati dall'essere umano, dal cinema alle arti figurative, dalla musica alla letteratura, venga interpretata e approfondita attraverso una lente psicologica. Da decenni, infatti, psicologi, sociologi e studiosi delle scienze cognitive analizzano queste espressioni artistiche non solo come forme di intrattenimento o testimonianze storiche, ma come specchi della mente umana, capaci di rifletterne dinamiche, desideri, conflitti e tra-

sformazioni. Ogni opera, a prescindere dal suo medium, diventa così un laboratorio privilegiato per osservare il comportamento, le emozioni e i processi mentali individuali e collettivi.

Quando parliamo di cultura pop ci riferiamo a quell'insieme di prodotti, simboli e narrazioni che entrano a far parte dell'immaginario collettivo grazie alla loro larga diffusione: film di successo, serie televisive, fumetti, icone musicali, videogiochi, fenomeni virali del web e persino mode passeggere. È una cultura "di massa", ma non per questo superficiale; al contrario, è una forma espressiva estremamente dinamica, capace di riflettere valori, paure, desideri e tensioni della società contemporanea.

Proprio per questa sua natura fluida e partecipata, la cultura pop è da tempo oggetto privilegiato di attenzione da parte delle discipline psicologiche, che la analizzano come un vero e proprio terreno di osservazione dei comportamenti umani. Attraverso di essa è possibile comprendere come si costruiscono le identità, come si formano le opinioni, quali emozioni collettive si attivano e in che modo i media influenzano il nostro modo di percepire noi stessi e il mondo.

La relazione tra cultura pop e psicologia è duplice e profondamente intrecciata. Da un lato, la psicologia utilizza attivamente la cultura pop come strumento di cura, integrando film, serie TV, fumetti o brani musicali all'interno di percorsi terapeutici. È il caso della cinematerapia, dove la visione guidata di un film aiuta il paziente a esplorare emozioni difficili o a riconoscersi in personaggi e situazioni simboliche; o della musicoterapia, in cui brani appartenenti al repertorio pop vengono impiegati per favorire la regolazione emotiva e la connessione con esperienze personali; o ancora dell'uso delle storie dei supereroi nei percorsi di empowerment, per sostenere l'identificazione con archetipi di resilienza, coraggio o trasformazione.

Dall'altro lato, è la stessa cultura pop a generare costantemente prodotti culturali che diventano oggetto di studio da parte di psicologi e ricercatori. Serie televisive che esplorano il disagio mentale, narrazioni di supereroi alle prese con traumi e identità complesse, produzioni musicali che raccontano vissuti generazionali: tutto questo materiale viene analizzato per comprendere come le società rappresentano la psiche, quali temi emergono nelle nuove generazioni e quali forme narrative plasmano le nostre emozioni e i nostri comportamenti.

Questi due movimenti, uno che va dalla psicologia verso la cultura pop e uno che procede dalla cultura pop verso la psicologia, si alimentano reciprocamente, dando vita a un rapporto sinergico. La cultura pop diventa così sia un mezzo di cura sia una fonte di conoscenza, un territorio dinamico in cui le scienze psicologiche trovano strumenti, metafore e intuizioni preziose per comprendere meglio l'essere umano contemporaneo.

Tra i prodotti culturali che solo di recente hanno iniziato a ricevere un'attenzione sistematica da parte della psicologia rientrano anche i videogiochi, oggi riconosciuti come uno dei linguaggi espressivi più diffusi e influenti della contemporaneità. Secondo il più recente studio di settore, 1 italiano su 3 gioca ai videogame. Ancora più interessante è la distribuzione anagrafica: l'84% dei videogiocatori ha più di 18 anni, sfatando il mito che il gaming sia un passatempo quasi esclusivamente adolescenziale. Inoltre, 2 giocatori italiani su 3 dichiarano di giocare in maniera continuativa e regolare, con una media di oltre 7 ore settimanali dedicate al videogioco.

Le fasce d'età più attive sono quelle tra i 15 e i 24 anni e tra i 45 e i 64 anni, a dimostrazione del fatto che il gaming intercetta sia le generazioni cresciute insieme all'evoluzione del mezzo, sia quelle che lo hanno abbracciato in età adulta come forma di intrattenimento, socializzazione o stimolo cognitivo. A questa diffusione contribuisce un altro fattore decisivo: oggi i videogiochi non si limitano più all'esperienza del giocare in prima persona. È infatti possibile guardarli e partecipare indirettamente all'esperienza di gioco attraverso piattaforme come YouTube e Twitch, dove milioni di utenti seguono gamer, streamer e content creator. Questo significa che il videogioco è diventato un contenuto ancora più accessibile, fruibile anche da chi non gioca attivamente ma ne osserva dinamiche, estetiche e narrazioni.

Tutti questi elementi rendono i videogame un fenomeno culturale complesso e stratificato, capace di influenzare l'immaginario, le emozioni e i comportamenti, e proprio per questo sempre più centrale nell'interesse delle discipline psicologiche.

Inoltre, la ricerca scientifica ha iniziato a interessarsi agli effetti dei videogame sulle persone, sia dal punto di vista emotivo sia da quello cognitivo. Alcuni studi, ad esempio, hanno valutato il potenziale del gioco PowerWash Simulator nel favorire il benessere psicologico, evidenziando come le sue dinamiche semplici e ripetitive possano indurre rilassamento e riduzione dello stress. Parallelamente, il celebre Portal 2 si è dimostrato estremamente efficace nell'allenare diverse funzioni cognitive, come problem solving e ragionamento spaziale, risultando persino superiore a molti dei tradizionali training cognitivi disponibili sul mercato.

I. Obiettivi della ricerca

L'obiettivo della ricerca è stato censire un campione di videogiochi caratterizzati da una chiara e riconoscibile narrazione psicologica, così da estrarne un insieme di categorie e ulteriori caratteristiche rilevanti. L'intento è quello di esplorare il medium videoludico come un vero e proprio fattore psico-culturale, capace di offrire alle scienze psicologiche materiali utili per attività di approfondimento teorico, formazione, simulazione di scenari e discussioni critiche.

La prospettiva adottata non è quindi quella del videogioco come strumento di cura, ambito già ampiamente coperto dalla Videogame Therapy, bensì quella dell'analisi dei contributi psicologici inglobati nelle esperienze di gioco, nelle scelte estetiche, nelle dinamiche interattive e nelle narrazioni che i videogame propongono. In altre parole, si tratta di osservare come il videogioco rappresenti emozioni, conflitti, processi mentali e relazioni, e di comprendere in che modo queste rappresentazioni possano arricchire il sapere psicologico contemporaneo.

Prima di entrare nel merito della ricerca, vale la pena soffermarsi su alcuni esempi emblematici che mostrano come il videogioco possa veicolare contenuti psicologici complessi. *Hellblade: Senua's Sacrifice* racconta il viaggio di Senua, una guerriera celtica che attraversa un mondo ostile per salvare l'anima del suo amato. Il gioco offre una rappresentazione intensa e accurata dell'esperienza psicotica: le voci uditive, le distorsioni percettive e la costante minaccia interna permettono al giocatore di immergersi nelle alterazioni sensoriali e nei vissuti emotivi tipici di alcune forme di psicosi.

Among the Sleep narra invece la storia di un bambino di due anni che esplora la propria casa trasformata in un incubo surreale, mentre cerca disperatamente la madre. Attraverso questa prospettiva infantile, il gioco traduce in simboli e scenari onirici le paure profonde e i meccanismi di difesa che emergono nei bambini esposti a traumi o a un ambiente emotivamente instabile.

Con *Freud's Bones* ci si sposta sul terreno teorico: il titolo mette il giocatore nei panni dello stesso Sigmund Freud, alle prese con pazienti difficili e dilemmi esistenziali e professionali. La narrazione diventa un percorso dentro i concetti fondanti della psicoanalisi, inconscio, pulsioni, transfert, trasformati in scelte morali, enigmi psicologici e dialoghi che richiamano fedelmente l'impianto delle teorie freudiane.

Infine, *That Dragon, Cancer* racconta la storia reale di una famiglia che affronta la malattia terminale del figlio piccolo, Joel. Attraverso una serie di quadri narrativi profondamente emotivi, il videogioco esplora il dolore, la speranza, la fede e la vulnerabilità che accompagnano l'esperienza del lutto, rendendo condivisibile e tangibile una condizione psicologica spesso difficile da esprimere con altri linguaggi.

II. Metodologia della ricerca

La metodologia della ricerca si è articolata in più fasi e ha coinvolto un totale di 42 esperienze ludiche, selezionate, giocate e analizzate in modo sistematico. L'inclusione dei titoli è avvenuta sulla base di criteri precisi: sono stati considerati esclusivamente videogiochi commerciali disponibili sulle principali piattaforme, Steam, Nintendo Switch, PlayStation 5 e Xbox, così da garantire la reperibilità e la rappresentatività del campione.

Inoltre, ogni gioco doveva presentare un marcato contenuto psicologico, espresso attraverso la narrazione, la tematizzazione dei vissuti emotivi, la costruzione dei personaggi o le dinamiche interattive rilevanti per l'esperienza mentale del giocatore. L'analisi dei materiali è stata condotta secondo un approccio qualitativo basato sulla *Grounded Theory*, che ha permesso di far emergere categorie interpretative direttamente dai dati, seguendo un processo di codifica iterativo e aperto.

Per aumentare l'affidabilità delle categorizzazioni è stata utilizzata una procedura di accordo tra giudici, supportata da ChatGPT come strumento di confronto e verifica, così da ottenere una maggiore coerenza nella definizione delle categorie interpretative.

III. Risultati

L'analisi delle 42 esperienze videoludiche ha evidenziato una forte prevalenza di titoli appartenenti al genere avventura, che rappresenta la tipologia più frequente del campione con 11 giochi. Subito dopo emergono gli walking simulator (8 titoli), una categoria particolarmente adatta a esperienze narrative e introspettive, e i giochi di simulazione (6 titoli), spesso utilizzati per esplorare dinamiche quotidiane o processi decisionali complessi. Seguono, a pari merito, le storie interattive e i survival-horror, ciascuno con cinque giochi, generi che fanno della narrazione psicologica, della tensione emotiva e della percezione del pericolo elementi centrali dell'esperienza. I puzzle game compaiono con una presenza più contenuta (3 titoli), mentre risultano marginali le categorie azione, platform e shooter in terza persona, ciascuna rappresentata da 1 solo gioco.

L'analisi tematica dei videogiochi ha evidenziato una notevole varietà di contenuti psicologici, spesso articolati in modo complesso all'interno delle narrazioni e delle meccaniche di gioco. I temi più ricorrenti risultano essere stile di vita e relazioni affettive, presenti ciascuno in otto titoli, a conferma del fatto che molti videogame contemporanei esplorano le dinamiche quotidiane, le scelte valoriali e la dimensione interpersonale come elementi centrali dell'esperienza emotiva. Subito dopo emerge il lutto (7 giochi), trattato attraverso storie che affrontano separazioni, perdite improvvise o processi di elaborazione emotiva. I contenuti di meta-psicologia, cioè riflessioni sulla mente, sul funzionamento psichico e sulle teorie psicologiche, compaiono in 5 videogame, mentre la rappresentazione della psicosi è presente in 4 titoli.

Temi come depressione, senso di colpa, inconscio, costellazione familiare, sentimento sociale e trauma ricorrono in 3 giochi ciascuno, a dimostrazione di una crescente sensibilità verso la complessità emotiva e relazionale. Altri contenuti, come il disturbo post-traumatico da stress, la demenza/Alzheimer e l'adolescenza, sono presenti in due titoli, mentre ulteriori categorie emerse durante la codifica, tra cui stress lavoro-correlato, attaccamento, ansia, dissociazione, negazione, architettura del disagio psichico, disturbi alimentari, invecchiamento, malattia e molti altri, testimoniano la ricchezza del materiale analizzato.

IV. Conclusioni

Questa ricerca esplorativa ha dimostrato come i videogiochi rappresentino un bacino di conoscenza psicologica estremamente ricco, dotato di potenzialità ancora largamente inesprese e tutt'ora poco approfondite dal punto di vista scientifico. Le tematiche psicologiche rilevate si rivelano numerose, profonde e sorprendentemente genuine, spesso raccontate con una forza poetica che pochi altri media riescono a eguagliare.

Parallelamente, cresce la consapevolezza, sia tra gli sviluppatori sia tra il pubblico, delle possibilità narrative, emotive e formative del medium videoludico; è quindi plausibile attendersi nei prossimi anni un aumento significativo dei titoli che esplorano dimensioni psicologiche complesse.

Rimane aperta una domanda cruciale: come utilizzare, in modo strutturato e consapevole, questo patrimonio di conoscenza ed esperienza? Dai risultati emergono diverse possibilità applicative. In ambito formativo, il videogioco può offrire una rappresentazione concreta di fenomeni psicologici difficili da apprendere solo in astratto, facilitando la comprensione di dinamiche cliniche o sociali.

Dal punto di vista della proposta mirata, un videogioco può essere consigliato a un paziente solo quando le sue tematiche sono note, coerenti con gli obiettivi terapeutici e inserite dentro una cornice professionale adeguata. Sul versante della sensibilizzazione, il medium videoludico si presta a introdurre e approfondire tematiche psicologiche in modalità accessibile, interattiva e capace di generare immedesimazione.

Infine, in ambito educativo, videogiochi che affrontano temi specifici, come il lutto, l'identità, la sessualità o la malattia, possono diventare strumenti preziosi per stimolare la riflessione e il dialogo all'interno di contesti scolastici o formativi.

In definitiva, ciò che emerge è una prospettiva promettente: il videogioco non solo intrattiene, ma pensa, rappresenta, esplora. E proprio per questo può diventare, sempre più, un alleato delle scienze psicologiche nel comprendere e raccontare la complessità dell'esperienza umana.

Bibliografia e Sitografia

1. BOCCI, F., DEL FANTE, E., FERRARI, A., MICALIZZI, A., SARINI, M. (2024), *Video Game Therapy. Teoria e pratica clinica*, UTET, Torino.
2. HESSE, M., SCHLIEWE, S., THOMSEN, R. R. (2005), Rating of Personality Disorder Features in Popular Movie Characters, *BMC Psychiatry*, 5(1), 45. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-5-45>
3. ITALIAN INTERACTIVE DIGITAL ENTERTAINMENT ASSOCIATION (2024), *I videogiochi in Italia nel 2024*.
4. LANGLEY, T. (2012), *Batman and Psychology: A Dark and Stormy Knight*, Turner Publishing Company, Nashville, TN.
5. SCHULENBERG, S. E. (2003), Psychotherapy and Movies: On Using Films in Clinical Practice, *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 33(1), 35-48. <https://doi.org/10.1023/A:1021403726961>
6. SHUTE, V. J., VENTURA, M., KE, F. (2015), The Power of Play: The Effects of Portal 2 and Lumosity on Cognitive and Noncognitive Skills, *Computers & Education*, 80(4), 58-67. <https://doi.org/10.1016/j.compedu.2014.08.013>
7. VUORRE, M., MAGNUSSON, K., JOHANNES, N., BUTLIN, J., PRZYBYLSKI, A. K. (2024), Affective Uplift during Video Game Play: A Naturalistic Case Study, *ACM Games: Research and Practice*, 2(3), 1-14. <https://doi.org/10.1038/s41597-023-02530-3>
8. VUORRE, M., BALLOU, N., HAKMAN, T., MAGNUSSON, K., PRZYBYLSKI, A. K. (2023), An Intensive Longitudinal Dataset of In-Game Player Behaviour and Well-Being in PowerWash Simulator, *Scientific Data*, 10(1), 622. <https://doi.org/10.1145/3659464>

Illusione algoritmica e sé riflessi. Le verità nascoste e la pillola rossa nell'era dell'inconscio digitale

STEFANIA CAUDANA, EMANUELA GRANDI

Summary – ALGORITHMIC ILLUSION AND REFLECTED SELVES. HIDDEN TRUTHS AND THE RED PILL IN THE ERA OF THE DIGITAL UNCONSCIOUS. We all witness intense and rapid changes that generate bewilderment, anxiety, and anguish - a true crisis for the human being. Faced with this radical transformation regarding our way of existing in the world, what position can clinical practice assume today? In early psychoanalysis, the inner psychic reality co-constructed its relationship with the external world through a process of mutual production. This relationship between external reality and intrapsychic life is now being redefined: the way of the odiern world - hyperconnected, hastened, and mediated by algorithms - escapes individual control and can no longer be governed solely by desire or personal will. It is not about nostalgically returning to the past, nor passively accepting every change. The only viable path for those working in clinical settings is the “third way” - an interpretative and creative path allowing one to questioning the present without merely submitting to it. Regarding this matter, we will bring forward a discussion about the far-sightedness of the human being (proposed by L. G. Grandi, M. Benasayag, B. Chul Han, and J. Xun), in an effort to understand - from a research-oriented perspective - what is happening to the unconscious in this age of social media, postmodernity and artificial intelligence (A.I). Which alterations are at work underneath the hidden fabric of the algorithmic field - in the digital trance, in a permanent altered state of consciousness, within a hypnotic stream where experience multiplies and fragments into a thousand mirrors, affecting the unconscious? (Screening of a three-minute clip from Matrix). It was 1999 when, in Matrix, the main character Neo was offered a choice between the blue pill and the red pill: “You take the blue pill, the story ends; tomorrow you’ll wake up in your bed and believe whatever you want to believe. You take the red pill... you stay in Wonderland” Today, Matrix appears more real than ever. It has therefore become essential learning how to navigate these algorithmic seas, where reality appears like a simulation - to identify new methods and new boundaries, to develop a new way of existing in the world. Who will have the courage and wits to choose the red pill?

Keywords: ALGORYTHMIC ILLUSION, REFLECTED SELVES, DIGITAL UNCONSCIOUS

Abstract – ILLUSIONE ALGORITMICA E SÉ RIFLESSI. LE VERITÀ NASCOSTE E LA PILLOLA ROSSA NELL'ERA DELL'INCONSCIO DIGITALE. Siamo testimoni di cambiamenti profondi e rapidi che generano smarrimento, ansia, angoscia - una vera e propria crisi dell'umano. Di fronte a questa trasformazione radicale del nostro modo di essere nel mondo, quale posizione può assumere oggi la clinica? Nella prima psicanalisi la realtà psichica interna costruiva un rapporto con il mondo in un processo di co-produzione. Questo rapporto tra la realtà esterna e la vita intrapsichica oggi viene messo in discussione, perché la realtà esterna e la vita intrapsichica si trovano a ridefinire il loro rapporto: la produzione del

mondo contemporaneo — iperconnesso, accelerato e mediato da algoritmi - sfugge al controllo e non può essere governato unicamente dal desiderio o dalla volontà individuale. Non si tratta di tornare nostalgicamente al passato, né di accettare passivamente ogni mutamento. L'unica via praticabile, per chi opera nella clinica, è una “terza via”: un percorso critico e creativo, capace di interrogare il presente senza subirlo. In questo intervento metteremo in dialogo le visioni dell'uomo di Grandi L. G., di Benasayag M., di Chul Han B., di Xun J., per cercare di comprendere, in un'ottica di ricerca, cosa sta succedendo all'inconscio nell'era dei social, della post modernità e dell'IA. Quali trasformazioni lavorano nella trama sotterranea del campo algoritmico, della trance digitale, di un perenne stato alterato di coscienza, in un fiume ipnotico dove l'esperienza si moltiplica e si frammenta in mille specchi colonizzando gli inconsci? (Visione video di tre minuti di Matrix). Era il 1999 quando in Matrix, al personaggio di Neo, veniva offerta la scelta tra pillola blu e pillola rossa: “Pillola blu, fine della storia; domani ti sveglierai in camera tua e crederai a quello che vorrai”. Oggi più che mai Matrix appare reale. Pertanto risulta necessario imparare a navigare questi mari algoritmici, dove la realtà diventa simulazione; individuare nuovi strumenti e nuovi confini, sviluppare un nuovo modo di “stare” al mondo. Chi avrà il coraggio di scegliere la pillola rossa?

Parole chiave: ILLUSIONE ALGORITMICA, SÉ RIFLESSI, INCONSCIO DIGITALE

Introduzione: Crisi dell'umano e scenario contemporaneo

Viviamo un tempo di trasformazioni tanto rapide quanto profonde, in cui il ritmo dell'innovazione tecnologica supera la nostra capacità di assimilazione psichica. Ogni giorno assistiamo a un'accelerazione dei processi di connessione, informazione e rappresentazione che modifica radicalmente la percezione di noi stessi e del mondo. Il soggetto contemporaneo è chiamato a muoversi in un orizzonte costantemente mediatizzato, in cui l'esperienza è filtrata da dispositivi, algoritmi e intelligenze artificiali che non solo amplificano la realtà, ma la riformattano secondo logiche autonome.

In questa cornice, l'umano appare smarrito, oscillante tra fascinazione e vertigine, tra potenza e impotenza. L'angoscia, il senso di frammentazione e l'ansia di controllo diventano sintomi di una condizione esistenziale diffusa: la crisi dell'umano. Non si tratta semplicemente di un disagio psicologico individuale, ma di un fenomeno culturale e antropologico che attraversa l'intera esperienza collettiva.

La clinica si trova così di fronte a un compito inedito: comprendere e accogliere le nuove forme del disagio nate nell'ecosistema digitale, dove l'identità si costruisce nello spazio dello schermo e del riflesso, in un gioco di specchi infiniti che confonde il Sé e la sua immagine.

La domanda che emerge è inevitabile: di fronte a questa trasformazione radicale del nostro modo di essere nel mondo, quale posizione può assumere oggi la psicoterapia? Se nella prima psicoanalisi la realtà psichica si costruiva nel rapporto dialogico con il mondo esterno, oggi quel dialogo è mediato da un linguaggio algoritmico che filtra, seleziona e predice, sostituendo l'esperienza viva con una rappresentazione calcolata.

La conseguenza è un'inversione sottile ma decisiva: il soggetto non si riconosce più nello sguardo dell'altro, bensì nello sguardo dell'algoritmo. Lo specchio dell'alterità diventa lo schermo retroilluminato di un dispositivo che rimanda immagini ottimizzate, seducenti, ma paradossalmente vuote.

È qui che prende forma l'illusione algoritmica: credere che ciò che appare sullo schermo sia la verità del mondo e di sé.

In questo senso, la metafora di Matrix non appartiene più al cinema di fantascienza, ma alla vita quotidiana.

Come osserva Benasayag, la nostra epoca vive “una colonizzazione del possibile”, in cui l'immaginario umano viene progressivamente sostituito dall'immaginario tecnico. Le macchine non solo operano, ma pensano per noi; e in questo processo l'uomo rischia di perdere la propria facoltà più preziosa: la capacità di interpretare e attribuire senso.

Di fronte a questa crisi di significato, la clinica non può limitarsi a diagnosticare nuovi sintomi, ma deve interrogare le radici di questa mutazione antropologica. È necessario ritrovare un linguaggio capace di attraversare l'illusione algoritmica per riscoprire la presenza viva dell'umano, il suo bisogno di relazione, di limite, di realtà.

I. Dal mondo analogico al Sé algoritmico: l'ipnosi digitale

L'avvento dell'era digitale ha modificato non solo le forme della comunicazione, ma le stesse coordinate dell'esperienza soggettiva.

Nel mondo analogico, la costruzione del Sé era un processo relazionale e temporale: avveniva nel dialogo, nello sguardo, nel corpo, nel ritmo dell'attesa e della reciprocità. Ogni relazione implicava una distanza, una zona intermedia che Winnicott avrebbe definito “spazio transizionale” - luogo psichico dove realtà interna ed esterna si incontrano e si negoziano.

Oggi, quell'intervallo sembra dissolversi. L'immagine e la risposta sono istantanee; la distanza viene abolita, sostituita da una connessione permanente. La presenza virtuale, apparentemente infinita, produce una saturazione dello spazio psichico: il soggetto è continuamente stimolato, notificato, chiamato a esistere nello sguardo dell'altro, ma in una forma automatizzata, calcolata, predittiva.

L'algoritmo diventa il nuovo “Altro generalizzato”, una funzione regolativa che osserva, apprende, anticipa e restituisce al soggetto ciò che crede di desiderare. Il Sé contemporaneo nasce e si definisce attraverso questo meccanismo di rispecchiamento permanente, in cui il riconoscimento è mediato da un'intelligenza artificiale che traduce l'affettività in dati, emozioni in flussi, desideri in metriche di attenzione.

In questa dinamica, la soggettività vive una condizione ipnotica: una trance algoritmica.

La coscienza scivola in uno stato di vigilanza ridotta, di immersione passiva, in cui la moltiplicazione delle immagini e delle informazioni sostituisce l'esperienza diretta. L'attenzione diventa frammentata, la memoria si esternalizza, la realtà psichica si assottiglia fino a coincidere con la superficie dello schermo.

Come osserva Han (2021), la società della trasparenza e della performance dissolve il segreto, la lentezza, il pudore; tutto è esposto, condiviso, quantificato. La vita interiore si trasforma in dato: non più mistero, ma informazione.

Questa perdita dell'interiorità coincide con una perdita del limite - il confine tra interno ed esterno, tra reale e virtuale, tra sé e altro diventa permeabile, sfumato.

Nel linguaggio clinico adleriano, potremmo dire che il Sé contemporaneo rischia di smarrire la propria finalità creativa, cioè quella spinta orientata a dare senso alla propria esperienza nel mondo sociale. L'algoritmo, con la sua logica di previsione e ottimizzazione, anticipa ogni possibilità, togliendo al soggetto la possibilità di sperimentare l'errore, la sorpresa, la deviazione - in altre parole, la libertà.

Il paradosso è che il soggetto iperconnesso, apparentemente padrone del mondo digitale, è in realtà governato da una regia invisibile. L'ipnosi digitale non è un atto di coercizione esterna, ma una forma di auto-assoggettamento dolce, volontario: "scorriamo" non perché obbligati, ma perché incapaci di sopportare il vuoto.

Come nota Benasayag, la tecnica si è trasformata in un ambiente, non più in uno strumento. L'umano vive dentro la tecnologia come il pesce vive nell'acqua, inconsapevole del mezzo che lo avvolge.

Eppure, come in ogni processo di adattamento, la clinica può riconoscere in questa immersione non solo un rischio, ma anche una possibilità: la possibilità di re-imparare a pensare.

La psicoterapia adleriana, con la sua prospettiva relazionale e teleologica, può restituire senso a ciò che oggi appare frammentato.

Il compito non è opporsi nostalgicamente al mondo digitale, ma riabitare il suo spazio simbolico, riattivando il pensiero, l'immaginazione e la responsabilità soggettiva.

In questo senso, l'inconscio digitale diventa non soltanto una minaccia, ma anche un nuovo luogo di incontro tra la psiche e la cultura, tra l'umano e il suo doppio tecnologico.

II. *Specchi, riflessi e simulacri: l'identità nell'era dell'inconscio digitale*

L'immagine dello specchio è da sempre una potente metafora della costituzione del Sé. Fin dalle prime fasi dello sviluppo, il bambino riconosce se stesso nell'altro, in uno sguardo che lo riflette e lo riconosce. È attraverso il volto dell'altro che l'individuo percepisce la propria esistenza, costruendo un senso di continuità e di valore.

Lo specchio, in questo senso, non è soltanto un oggetto ottico ma una funzione psichica: uno spazio in cui si genera la rappresentazione di sé.

Nel pensiero adleriano, il Sé non è una struttura data, ma un processo creativo e relazionale, un costrutto narrativo che si forma nel dialogo con il mondo sociale.

Ogni individuo elabora il proprio stile di vita - una trama unica di significati, affetti e obiettivi - attraverso cui interpreta il mondo e si colloca in esso.

In un contesto in cui l'altro è sostituito da uno schermo, e la relazione è mediata da immagini di sé continuamente manipolate, questa dinamica si trasforma radicalmente.

Lo specchio digitale riflette un'immagine costruita, filtrata, modificata, spesso calibrata sul desiderio di essere riconosciuti, accettati o "visti".

Il soggetto, però, non trova in questo riflesso la propria verità, ma un simulacro: un'immagine algoritmicamente potenziata che rimanda non all'essere, ma al sembrare.

Il rischio è che la distanza tra identità reale e identità rappresentata diventi talmente sottile da produrre un senso di estraneità da sé.

L'esperienza clinica contemporanea mostra sempre più spesso individui che si percepiscono "disallineati" rispetto alla propria immagine pubblica o digitale.

La sofferenza si colloca non tanto nella relazione con l'altro, quanto nella relazione con la propria immagine di sé.

In questo scenario, l'illusione algoritmica si comporta come uno specchio deformante: restituisce una rappresentazione coerente con i nostri desideri, ma svuotata della complessità e dell'imperfezione che caratterizzano l'esperienza umana.

Il mondo digitale, come osserva Han, si fonda su una logica di positività totale: tutto deve essere visibile, condivisibile, performante.

L'inconscio, che tradizionalmente abita le zone d'ombra, viene così marginalizzato.

Il sintomo, il dubbio, l'ambivalenza - elementi essenziali del lavoro psichico - non trovano spazio nell'universo della trasparenza algoritmica.

Ciò che non può essere misurato o tradotto in dato rischia di essere espulso dal campo della significazione.

Eppure, proprio questa espulsione rappresenta la nuova frontiera della clinica.

Il compito dello psicoterapeuta non è restaurare una presunta autenticità perduta, ma riconoscere la nuova topografia del Sé, in cui reale e virtuale si intrecciano in modo inedito.

L'identità, oggi, è una costellazione di frammenti: profili, storie, avatar, narrazioni parziali che convivono e a volte si contraddicono.

La psicoterapia può diventare lo spazio in cui questi frammenti vengono raccolti e integrati, restituendo al soggetto la possibilità di abitare i propri riflessi senza esserne prigioniero.

In questo senso, parlare di sé riflessi significa accettare che il Sé contemporaneo non si costruisce più in uno specchio unico, ma in una molteplicità di superfici.

Ogni interazione, ogni algoritmo, ogni like rappresenta un piccolo frammento di riconoscimento, ma anche di alienazione.

Il compito della clinica adleriana è accompagnare il soggetto a distinguere il riflesso contingente da quello costituente, l'immagine deformante da quella generativa.

Come lo specchio dell'adolescente restituisce un'immagine ancora in costruzione, anche lo specchio digitale può diventare, se attraversato criticamente, un luogo di consapevolezza.

Lì dove l'algoritmo moltiplica le maschere, la psicoterapia può aiutare a riconoscere il volto.

III. *Clinica dell'illusione e della perdita di realtà: la terza via adleriana*

Nell'inconscio digitale descritto da Jianwei Xun, l'uomo non è più soltanto immerso nella tecnologia, ma da essa interpretato, decodificato e predetto.

In questo scenario, la clinica si trova di fronte a una nuova forma di alienazione: il soggetto si percepisce sempre meno come autore del proprio vissuto e sempre più come funzione all'interno di un sistema informazionale.

Le emozioni, gli impulsi e le scelte appaiono progressivamente governati da logiche esterne che li anticipano e li modellano.

È un processo sottile ma potentissimo: non più il controllo sociale esplicito, ma una regolazione invisibile che agisce attraverso la gratificazione, l'attenzione e la seduzione algoritmica.

Nel linguaggio della psicologia individuale, potremmo dire che la linea di finzione che orienta la vita psichica viene oggi colonizzata da rappresentazioni eterodirette.

Non è più il soggetto a creare la propria meta, ma la meta ad essere imposta da un flusso di stimoli che suggerisce cosa desiderare, chi essere, come apparire.

La fantasia di successo, di appartenenza, di perfezione diventa la trama dominante di uno stile di vita algoritmico, una narrazione esterna che sostituisce la costruzione personale del significato.

Il rischio è duplice: da un lato, la perdita di realtà; dall'altro, la perdita di immaginazione.

Nel primo caso, l'individuo vive in una dimensione estetizzata, in cui tutto è rappresentazione e niente è incarnazione.

Nel secondo, la mente si atrofizza nella ripetizione di schemi preformati, rinunciando alla propria potenza creativa.

Si tratta, in fondo, di una nuova forma di dipendenza simbolica, più sottile e pervasiva di quelle chimiche o comportamentali: una dipendenza dal senso già pronto, dalla conferma immediata, dalla gratificazione algoritmica.

La psicoterapia, in questo contesto, non può limitarsi a “disintossicare” dal digitale, perché ciò significherebbe negare la realtà culturale in cui viviamo.

Deve piuttosto proporsi come spazio di decodifica e rielaborazione del rapporto con l'immagine, con la tecnologia, con il desiderio mediato.

L'obiettivo non è espellere l'illusione, ma riconoscerla come fenomeno umano, comprenderne la funzione, trasformarla in simbolo.

La prospettiva adleriana offre una via originale: quella di una terza posizione, né di fuga nostalgica nel passato, né di totale assimilazione al nuovo ordine digitale.

Adler ha sempre sottolineato che il compito dell'essere umano è quello di costruire un sentimento sociale, una direzione che integri la propria individualità con il mondo degli altri.

In questo senso, la psicoterapia può aiutare a riattivare il senso di cooperazione interiore — non come sottomissione all'algoritmo, ma come riconnessione alla propria intenzionalità.

Il Sé adleriano è un Sé in movimento, orientato verso una finalità personale e collettiva; un Sé che trova senso solo nella relazione e nella tensione creativa tra ciò che è e ciò che desidera diventare.

Riattivare questa tensione significa restituire al soggetto il potere di desiderare in prima persona, di riscrivere le proprie finzioni utili, di non essere più spettatore ma autore.

La terza via è dunque quella del riappropriarsi della finzione: riconoscere che ogni immagine, ogni algoritmo, ogni narrazione sociale è costruzione, ma non per questo menzogna; può diventare strumento se attraversata con consapevolezza.

Il lavoro terapeutico consisterà nel passare dall'identificazione cieca alla visione critica, dall'ipnosi alla lucidità, dall'illusione subita all'illusione scelta.

La psicoterapia, in questo senso, si configura come una pratica di risveglio: un processo che restituisce al soggetto la possibilità di guardare il proprio tempo senza esserne assorbito, di “scegliere la pillola rossa” non per rifiutare il mondo, ma per abitarlo con maggiore coscienza.

IV. *Scegliere la pillola rossa: prospettive per una psicoterapia del reale*

La scena della pillola rossa e della pillola blu, nel film *Matrix* (1999), è diventata una delle metafore più potenti della contemporaneità.

Essa non rappresenta soltanto una scelta tra verità e illusione, ma il passaggio da una realtà simulata a una realtà abitata.

Scegliere la pillola rossa non significa rifiutare la tecnologia o svelare un “dietro le quinte” definitivo, ma accettare la responsabilità dello sguardo: decidere di vedere, pur sapendo che la visione comporta dolore, limite e incertezza.

Nel lavoro terapeutico, questo gesto simbolico corrisponde al momento in cui il paziente sceglie di abbandonare le proprie narrazioni automatiche - quelle che l’algoritmo interiore e quello esterno ripetono incessantemente - per affrontare la complessità del reale.

È un atto di libertà, ma anche di vulnerabilità, perché implica la rinuncia alla rassicurazione del già noto e la disponibilità a tollerare il vuoto dell’incertezza.

La psicoterapia del reale, in questa prospettiva, non si configura come una tecnica di adattamento, ma come un’arte della presenza.

È il luogo in cui il soggetto può ricominciare a sentire, a percepire, a costruire senso attraverso la relazione viva.

Laddove l’algoritmo riduce la complessità a previsione, la terapia riapre lo spazio dell’imprevisto, dell’incontro, del simbolico.

Nel dialogo clinico, l’altro non è un filtro o un codice, ma un essere umano che ascolta, che interpreta, che si lascia toccare.

La parola torna ad avere un valore generativo, incarnato, e diventa il veicolo attraverso cui l’individuo può riconquistare la propria narrazione.

In questo senso, la psicoterapia è l’antidoto più radicale alla frammentazione digitale: un processo di ricucitura del senso.

Il terapeuta adleriano, che lavora sempre sulla finalità e sul significato, è chiamato oggi a una doppia responsabilità: comprendere la mutazione antropologica in atto e, al tempo stesso, custodire la fiducia nella creatività dell’umano.

La sua funzione non è opporsi al mondo digitale, ma creare interfacce di senso tra il linguaggio della tecnica e quello della psiche.

Attraverso il lavoro clinico, egli può restituire ai pazienti la capacità di scegliere la propria “pillola rossa”: quella che consente di distinguere tra realtà e simulacro, tra presenza e rappresentazione, tra connessione e relazione.

Come ricordava Adler, “l’uomo non è determinato dai fatti, ma dal significato che attribuisce ai fatti”.

Nel tempo della virtualità, questa affermazione risuona con nuova forza: non si tratta di negare l'illusione, ma di attribuirle senso, di riconoscere la sua funzione creativa, di trasformarla in narrazione consapevole.

La psicoterapia del reale non è quindi un ritorno al passato, ma una nuova forma di coraggio: il coraggio di restare umani nell'era degli algoritmi, di pensare nel rumore, di guardare dietro lo schermo e ritrovare lì, tra i riflessi, il volto dell'altro.

È in questo spazio che l'illusione smette di essere inganno e diventa possibilità: la possibilità di reinventare il rapporto con la verità, con l'immagine e con se stessi. E forse, nel momento in cui il soggetto riconosce di essere lui stesso autore della propria finzione, l'algoritmo perde il suo potere ipnotico, e il Sé torna ad abitare il mondo, non come spettatore, ma come presenza viva.

V. Il corpo come ultimo confine: embodiment e resistenza nell'era digitale

Nel paesaggio psicologico contemporaneo, l'iper-connessione e la prevalenza dell'immagine portano a una progressiva **smaterializzazione dell'identità**. Il corpo rischia di essere percepito unicamente come un residuo o un oggetto da ottimizzare e rappresentare (*selfie, fitness tracking*), perdendo la sua funzione di **base esperienziale**. Eppure, è proprio il **corpo** ad emergere come l'ultima frontiera contro la completa colonizzazione algoritmica del Sé.

Nel pensiero adleriano, il corpo non è mai un elemento neutro. È la base concreta (*inferiorità d'organo*) da cui nasce lo **stile di vita**: le limitazioni fisiche percepite o reali diventano stimoli creativi che orientano la finalità dell'individuo. Il corpo rappresenta la prima espressione del **movimento** verso il mondo e la manifestazione concreta del sentire: l'ansia digitale si incarna in tachicardie, l'iperattività cognitiva in insonnia, la frammentazione in tensione muscolare.

La clinica adleriana ha il compito di **riportare il corpo nell'esperienza terapeutica** come luogo di **significazione** e non come oggetto puramente estetico o performativo. Lavorare sull'*embodiment* (l'essere incarnati) significa ricondurre il soggetto alla **presenza viva** e all'esperienza sensoriale immediata, in contrasto con l'istante calcolato e l'immagine filtrata dello schermo.

Il corpo diventa un **atto di resistenza** all'omologazione digitale, alla velocità compulsiva e alla *disembodiment*. Questa resistenza si manifesta attraverso:

- **Il Recupero della Lentezza**: ritrovare il **ritmo organico** del respiro, del movimento, della digestione, in opposizione al **ritmo algoritmico** della notifica e della gratificazione istantanea. Riconoscere l'attesa e il tempo come dimensione psichica, e non solo come inefficienza da eliminare.

- **La Riscoperta del Limite:** il corpo è l'espressione massima del **limite** e dell'imperfezione. Recuperare il corpo significa recuperare il senso del confine tra sé e l'altro, tra l'interno e l'esterno, tra il reale e il virtuale. È questo limite che rende possibile sia il **desiderio** sia la **creatività**, poiché l'immaginario nasce dalla tensione tra ciò che si è e ciò che si desidera diventare.

- **La Clinica della Postura:** la postura fisica, le espressioni facciali e il gesto rivelano lo stile di vita dell'individuo. Lo psicoterapeuta adleriano può utilizzare l'osservazione e la consapevolezza corporea per aiutare il paziente a riconoscere come il suo atteggiamento fisico rifletta il suo atteggiamento verso il mondo (il suo **Schema di Appercezione**), trasformando il disagio fisico in un **simbolo** del disagio psichico.

Attraverso tecniche come la *mindfulness* incarnata o il lavoro sull'espressione emotiva corporea, la clinica può riattivare il sentire, permettendo al soggetto di **abitare il proprio corpo** come strumento di orientamento e non come mero veicolo da *performance*. Il corpo, in questo senso, è il **test di realtà** più immediato e irriducibile.

VI. *Comunità, sentimento sociale e responsabilità nell'ecosistema digitale - Connessione vs. Relazione: La Crisi del Sentimento Sociale*

Uno degli aspetti più profondi del pensiero adleriano è il sentimento sociale (*Gemeinschaftsgefühl*), inteso come capacità di percepirsi parte di una rete di relazioni e contribuire al benessere comune. L'ecosistema digitale tende invece a premiare la polarizzazione e la ricerca di conferma. Questo senso di **cooperazione** e interconnessione è l'antidoto fondamentale all'isolamento e alla nevrosi.

La terapia adleriana può aiutare il soggetto a distinguere tra connessione e relazione, tra visibilità e presenza, recuperando la cooperazione come fonte di vitalità psichica. Il sentimento sociale diviene così una bussola per orientarsi nell'infosfera, permettendo di abitare gli ambienti digitali senza farsi risucchiare dalla logica della performance.

L'ecosistema digitale, sebbene prometta una connessione infinita, tende paradossalmente a minare il vero Sentimento Sociale. La logica algoritmica premia:

- **La Polarizzazione:** i *feed* e le camere d'eco rafforzano l'identità isolata e la convinzione della propria verità, ostacolando l'apertura al confronto e alla diversità.
- **La Ricerca di Conferma:** la logica del *like* e della *performance* sostituisce la **reciprocità** e la **spontaneità** relazionale con l'ansia di essere accettati o "visti". La relazione viene scambiata con la **visibilità**.

La conseguenza è una crisi della **comunità viva** in favore di una **connessione superficiale**. Il soggetto, iperconnesso ma emotivamente isolato, smarrisce il senso di **responsabilità** verso l'altro e verso il collettivo, che è il cuore del Sentimento Sociale adleriano. La **finalità creativa** si atrofizza se non è orientata al bene comune.

La terapia adleriana si propone come lo spazio per riattivare e riorientare il Sentimento Sociale nel contesto digitale. Il terapeuta aiuta il soggetto a:

- **Distinguere tra Mezzi e Fini**: insegnare a usare gli strumenti digitali come **mezzi** per la **cooperazione** e non come **fini** per la *performance* individuale.
- **Recuperare la Responsabilità**: passare dall'auto-assoggettamento dolce all'algoritmo alla **responsabilità soggettiva e collettiva**. Il paziente è invitato a riconoscere come le sue "finzioni utili" (il suo stile di vita) influenzino non solo il suo benessere, ma anche quello della comunità.
- **Ricostruire la Fiducia**: il **dialogo clinico** è per sua natura un atto di Sentimento Sociale. È il luogo in cui la **parola torna ad avere valore generativo** e incarnato, e in cui si sperimenta una **relazione non filtrata**. La fiducia che il terapeuta ripone nella capacità creativa del paziente funge da modello per la fiducia nel mondo e nella comunità.

Il Sentimento Sociale diviene la **bussola etico-clinica** per orientarsi nell'infosfera, permettendo di abitare gli ambienti digitali senza farsi risucchiare dalla logica del profitto e dell'individualismo esasperato.

VII. *Verso un'ecologia del Sé: linee guida per una clinica adleriana contemporanea*

Di fronte alla "crisi dell'umano", la clinica non può limitarsi a diagnosticare nuovi sintomi, ma deve interrogare la **mutazione antropologica** in atto. Diventa urgente sviluppare una vera **Ecologia del Sé**: un insieme di pratiche e consapevolezze che permettano all'individuo di mantenere **integrità psichica** in un mondo costantemente mediatizzato.

L'Ecologia del Sé proposta dalla prospettiva adleriana offre una "terza via", né nostalgica né totalmente assimilata, ma lucida e cosciente.

Essa si articola su **Cinque Assi Principali**:

1. **Consapevolezza degli Algoritmi Interiori ed Esteriori**: riconoscere la propria **linea di finzione** (gli "algoritmi interiori" dello stile di vita) e come essa venga colonizzata e rinforzata dalle logiche di previsione e gratificazione dei sistemi digitali ("algoritmi Esteriori").

2. **Integrazione dei Riflessi Digitali nella Narrazione di Sé:** accettare che l'identità è una **costellazione di frammenti** (profili, avatar) e integrarli nella narrazione consapevole di sé, distinguendo il **simulacro** (l'immagine potenziata) dal Sé reale.
3. **Recupero del Corpo come Base Esperienziale (*Embodiment*):** riportare il corpo al centro come **ancora di realtà** e come luogo di percezione del limite, opponendosi alla *disembodiment* e alla velocità compulsiva.
4. **Allenamento alla Complessità Relazionale:** passare dalla **connessione saturata e automatizzata** alla **relazione viva**, tollerando l'incertezza, il dialogo e l'ambivalenza, elementi espulsi dalla logica di "positività totale" del digitale.
5. **Rafforzamento del Sentimento Sociale (Cooperazione e Responsabilità):** riconnettersi alla propria **intenzionalità** e alla **finalità collettiva**, utilizzando la cooperazione come fonte di vitalità psichica contro l'isolamento e la *performance* individuale.

Queste linee guida non sono un protocollo rigido, ma una **direzione etico-clinica**. L'Ecologia del Sé afferma la possibilità di **riscrivere la propria storia** e trasformare i riflessi digitali da strumenti di alienazione a strumenti di **crescita consapevole**. Il terapeuta adleriano, agendo come catalizzatore, permette al soggetto di compiere l'atto di **scegliere la propria "pillola rossa"**: accettare la realtà con coraggio, riconoscendo che il potere di attribuire senso e di essere **autore** del proprio vissuto non risiede nell'algoritmo, ma nella psiche umana.

Bibliografia

1. BENASAYAG, M. (2019), *Fonctionner ou exister?* tr. it. *Funzionare o esistere?*, Vita e Pensiero Editore, Milano 2019.
2. BENASAYAG, M., CANY, B. (2022), *Les nouvelles figures de l'agir*, tr. it. *Corpi viventi. Pensare e agire contro la catastrofe*, Feltrinelli, Milano 2025.
3. BYUNG-CHUL, H. (2021), *Undinge: Umbrüche der Lebenswelt*, tr. it. *Le non cose. Come abbiamo smesso di vivere il reale*, Einaudi, Torino 2022.
4. GRANDI, L. G. (2019), *Se questo è Un Altro*, Effatà Editrice, Cantalupa (TO).
5. GRANDI, L. G. (2016), *Amore e Psyche. Percorsi di psicoterapia Individual-psicologica*, Effatà Editrice, Cantalupa (TO).
6. GRANDI, L. G. (2025), *Una buona storia. Viaggio psicologico fra spiritualità e senso della vita*, Effatà Editrice, Cantalupa (TO).
7. JIANWEI, X. (2024), *Hypnocracy: Trump, Musk, and the Architecture of Reality*, tr. it. *Ipnocrazia. Trump, Musk e la nuova architettura della realtà*, Tlon, Roma 2025.

Specchi contingenti, costituenti e deformanti nella costruzione del Sé-Stile di vita in età evolutiva

STEFANIA CAUDANA, GIAN PIERO GRANDI

Summary – MIRRORS: CONTINGENT, CONSTITUENT AND DEFORMING REFLECTIONS IN THE CONSTRUCTION OF THE SELF – LIFESTYLE IN DEVELOPMENTAL AGE. The theme of the mirror represents a powerful metaphor for exploring the construction of the Self during the developmental stages of life. The Self does not evolve in isolation, but through a continuous process of reflection and resonance with the environment, significant figures, and socio-relational contexts. From this perspective, the mirror may assume different meanings: contingent, when it reflects the Self in the here and now of interaction; constituent, when it contributes to the stable formation of identity; and deforming, when it returns an altered, partial, or distorted image of the subject. During childhood and adolescence, everyday experiences act as symbolic mirrors through which the individual perceives, constructs, and reorganizes the Self. Lifestyle - understood in the Adlerian sense as the set of relational, environmental, cultural, and emotional aspects - actively participates in this process of construction. The other, the peer group, the school, the family, and the media become reflective surfaces that can either foster or hinder the development of a cohesive and authentic sense of self. The reflection proposed here seeks to explore how these “mirrors” operate across different developmental phases, suggesting an integrated reading that connects developmental psychology, relational dynamics, and the symbolic dimension. The objective is to offer insights for a more conscious observation of the role that various contexts play in shaping a growing identity, and how clinical or educational interventions can contribute to restoring more “truthful” mirrors - ones capable of supporting the individual in their process of individuation.

Keywords: IDENTITY, MIRROR, SKAM

Abstract – SPECCHI CONTINGENTI, COSTITUENTI E DEFORMANTI NELLA COSTRUZIONE DEL SÉ. STILE DI VITA IN ETÀ EVOLUTIVA. Il tema dello specchio rappresenta una potente metafora per esplorare la costruzione del Sé in età evolutiva. Il Sé non si sviluppa in modo isolato, ma attraverso un processo continuo di rispecchiamento con l'ambiente, le figure di riferimento ed i contesti socio-relazionali. In questa prospettiva, lo specchio può assumere valenze differenti: contingente, quando riflette il Sé nel qui ed ora dell'interazione; costituente, quando contribuisce alla formazione stabile dell'identità; deformante, quando restituisce un'immagine alterata, parziale e distorta del soggetto. Durante l'infanzia e l'adolescenza, le esperienze quotidiane agiscono come specchi simbolici attraverso cui il soggetto si percepisce, si costruisce e si organizza. Lo stile di vita – inteso in chiave adleriana come insieme di aspetti relazionali, ambientali, culturali ed emotivi – partecipa attivamente a questa costruzione. L'altro, il gruppo, la scuola, la famiglia ed i media diventano superfici riflettenti che possono favorire o ostacolare lo sviluppo di un senso di sé coeso ed autentico. La riflessione proposta intende esplorare come questi “specchi” operino nei diversi momenti dell'età evolutiva, suggerendo una lettura integrata tra psicologia dello sviluppo, dinamiche rela-

zionali e dimensione simbolica. L'obiettivo è offrire spunti per un'osservazione più consapevole del ruolo che i contesti giocano nel modellare l'identità in crescita e come interventi clinici o formativi possano contribuire a restituire specchi più "veritieri", capaci di sostenere il soggetto nel suo processo di individuazione.

Parole chiave: IDENTITÀ, SPECCHIO, SKAM

Introduzione

Il concetto di "specchio" costituisce una delle metafore più potenti e trasversali per comprendere il processo di costruzione del Sé, soprattutto nei momenti di transizione evolutiva.

Lo specchio, nella sua duplice funzione di riflettere e di rimandare, di mostrare e di deformare, rappresenta il luogo simbolico in cui l'identità prende forma, si sperimenta e, talvolta, si smarrisce. In età evolutiva questo processo assume una particolare intensità, poiché l'immagine di sé si costruisce nel dialogo costante tra il mondo interno e quello esterno, tra il modo in cui il soggetto si percepisce e come viene percepito dagli altri.

L'esperienza riflessiva diventa, allora, un movimento continuo di integrazione, negoziazione e risonanza, in cui ogni sguardo, ogni relazione e ogni contesto contribuiscono a delineare le forme del Sé.

I. Lo specchio come metafora relazionale

Nell'incontro con l'altro, il bambino e l'adolescente si rispecchiano, sperimentano la propria consistenza e scoprono i confini del proprio essere. Il volto dell'adulto, l'ambiente familiare, il gruppo dei pari, la scuola, rappresentano superfici riflettenti che restituiscono immagini di sé parziali, mutevoli o, talvolta, distorte. Il Sé si costruisce così come un mosaico di riflessi: alcuni veritieri, altri deformanti, altri ancora mancanti o eccessivamente idealizzati.

Lo "specchio" relazionale permette di osservare le molteplici modalità con cui ciascun individuo cerca coerenza e riconoscimento. Il bambino, ad esempio, interiorizza il volto che lo accoglie o lo rifiuta, imparando a riconoscersi attraverso il modo in cui viene visto. L'adolescente, invece, si confronta con la molteplicità degli sguardi - quello genitoriale, quello del gruppo, quello sociale e quello social - nel tentativo di costruire un'immagine di sé che sia autentica e allo stesso tempo accettata.

II. *Specchi contingenti, costituenti e deformanti*

La tripartizione proposta consente di leggere le diverse funzioni che lo “specchio” può assumere nel corso dello sviluppo.

- *Specchio contingente*: riflette il Sé nel qui ed ora dell’esperienza, catturando emozioni, gesti, posture e stati d’animo momentanei. È lo specchio che accompagna i passaggi, le transizioni e i cambiamenti, restituendo un’immagine provvisoria, ma vitale.
- *Specchio costituente*: si radica nel tempo e nella continuità delle relazioni significative. È attraverso questo specchio che il bambino costruisce una rappresentazione stabile di sé, sostenuta dall’affidabilità dell’altro e dal senso di appartenenza.
- *Specchio deformante*: rimanda immagini distorte, frammentate o idealizzate. È lo specchio dell’inadeguatezza e della perdita di coerenza identitaria, che può generare disorientamento, dipendenza o rigidità difensive.

In ogni fase evolutiva queste tre dimensioni si intrecciano e si alternano, determinando la qualità della percezione di sé e la possibilità di crescita personale. Il lavoro terapeutico e formativo può allora essere inteso come un processo di “restituzione di specchi veritieri”: superfici relazionali che aiutano il soggetto a riconoscersi, a ricomporsi e a integrare le proprie immagini interiori.

Lo specchio come rappresentazione cinematografica, con la sua potenza evocativa e simbolica, consente di esplorare visivamente le dinamiche del rispecchiamento. Alcuni film diventano veri e propri laboratori di identità, dove lo specchio non è solo oggetto scenico ma dispositivo narrativo. In *Black Swan*, lo specchio diventa un compagno inquietante: la protagonista si confronta con una versione deformata di sé, dove la ricerca della perfezione riflette la scissione interiore e la paura della perdita di controllo.

In *Inside Out* e *Boyhood*, invece, la funzione dello specchio è costituente: l’identità si forma nel tempo, nel dialogo tra esperienze, affetti e continuità narrativa. In *Il Re Leone* o *Alice* attraverso lo specchio, il riflesso assume una valenza contingente e trasformativa: rappresenta la soglia tra mondi interiori, tra infanzia e maturità, tra identità immaginata e identità conquistata. Attraverso queste immagini, il cinema diventa un territorio simbolico che consente di osservare le metamorfosi del Sé e la pluralità dei suoi rispecchiamenti.

Nella nostra riflessione utilizzeremo la serie *Skam Italia*, per trattare le tematiche identitarie in adolescenza, puntando l’attenzione sul tema della vergogna, significato appunto della parola *Skam* in norvegese - luogo originario della serie -.

III. *Il setting di Skam Italia: un liceo romano, una generazione*

La scena è quella di un liceo romano, il Liceo “J. F. Kennedy”, frequentato dai protagonisti della serie Skam Italia. I ragazzi e le ragazze che vi passano le loro giornate non sono “solo” studenti: sono attori (nel senso quotidiano) di una vita che tende a farsi narrativa. E in questo farsi narrativa, si scopre che l’adolescenza – già di per sé un tempo liminale, inquieto, ambivalente – diventa una vera e propria scena teatrale in cui si recita, si auto-interpreta, si riflette.

In SKAM Italia, gli adulti in larga misura scompaiono o sono sullo sfondo. Lo rilevano studi recenti.

Questo spostamento di focus configura un ambiente dove l’adolescente è quasi “solo” con i suoi compagni, i suoi impulsi, le sue paure — e la scuola, gli spazi «ufficiali», diventano teatro privato delle sue dinamiche interiori.

IV. *Lo specchio deformante*

Quando parliamo di specchio deformante, intendiamo tre elementi che ritornano spesso in SKAM Italia:

1. **Amplificazione dell’interiorità:** le emozioni, le incertezze, l’identità sono messe in primo piano e dispiegate come trama. Per esempio, la stagione in cui il protagonista è Martino racconta l’uscita dal gusto dell’omosessualità, la paura del giudizio, l’isolamento – un nodo psicologico forte.
2. **Distorsione per via narrativa:** non si tratta di una “fotografia” neutra dell’adolescenza, ma di una messa in scena che, per sua natura, accentua conflitti, ambivalenze, silenzi. La realtà vissuta viene tradotta in linguaggio seriale: con ritmi, tagli, scelte visive che ne fanno un “oggetto estetico” oltre che esperienziale. Come scrive un’analisi: “the series ... succeeds in putting long-neglected diverse characters on screen” – ma lo fa attraverso uno stile, una forma che cura «colori, inquadrature, musiche» come per un film indirizzato a trentenni.
3. **Riflessione identitaria e sociale:** lo specchio non riflette solo “me” come adolescente, ma «io in relazione a», «io in contesto con». Identità, orientamento sessuale, appartenenza culturale, bulimia, disturbi alimentari, violenza, amicizia – tutto diventa lente di osservazione. Per esempio, la sesta stagione affronta i disturbi alimentari e la manipolazione dell’odio. Così lo spettatore – adolescente o meno – si trova non solo a riconoscersi, ma a vedersi con distorsione: più intenso, più drammatico, più impuro forse.

V. *Psyche e dinamiche relazionali*

Dal punto di vista psicologico, alcuni temi emergono con forza nella serie.

A. Il gruppo come scena privilegiata

I protagonisti sono spesso definiti dal gruppo: l'amicizia, la coppia, il "noi" della classe diventano ambienti emotivi centrali. Gli adulti restano sullo sfondo. In questo spazio "tra pari" si svolge gran parte della congiura interna dell'adolescenza: competizione, desiderio, esclusione, appartenenza.

La serie mostra quanto il gruppo possa essere "sicurezza" e al tempo stesso "trampolino" o "gabbia".

B. Identità e segreti interiori

Molti personaggi vivono dualità: l'immagine pubblica, l'io interno; il desiderio, la norma; la visibilità, l'occulto. Martino che scopre la propria omosessualità; Sana che si confronta con la religione e il desiderio; Asia con i disordini alimentari. Queste storie mostrano come l'adolescenza sia luogo di **transition**, di scoperta, ma anche di conflitto interno. Qui lo specchio deformante amplifica: ciò che normalmente resterebbe silenzioso, viene messo in parola, in trama.

C. Il silenzio degli adulti e l'iper-visibilità dei giovani

La quasi assenza interpellata degli adulti – genitori, insegnanti, figure autorità – lascia una scena libera ai ragazzi. Ma la serie mostra che questa "libertà" è ambivalente: sentirsi soli, caricati della propria rappresentazione, dover gestire emozioni senza filtro. In un certo senso, il "non assistito" entra nella narrazione come tema psicologico: la responsabilità, la confidenza mancata, la deriva possibile.

VI. *Il perché di questo funzionamento*

Per quale motivo SKAM Italia funziona come specchio (anche deformante)?

Alcune ragioni:

- **Lingua, ambientazione, riferimenti:** ambientato in Italia, a Roma, con protagonisti italiani – questo aumenta la sensazione di "essere visti".
- **Forma narrativa contemporanea:** i tempi brevi, i frammenti, l'uso dei social/spazi digitali – la serie parla come i ragazzi, ma facendo emergere la dimensione interna, psichica.
- **Temi forti, non edulcorati:** i disturbi alimentari, l'omosessualità, la religione, la violenza – chiedono al pubblico di confrontarsi, non solo di intrattenersi.
- **Potenziale didattico/terapeutico:** se una narrazione riesce a rendere visibile ciò che altrimenti è invisibile, può diventare risorsa di consapevolezza – anche psicologica.

VII. *Limiti e ambiguità*

Naturalmente, come ogni specchio deformante, ci sono distorsioni. Qualche riflessione:

- **Eccesso di drammatizzazione:** la serialità richiede conflitto, climax, svolta. Questo può portare a enfatizzare l'eccezione più che la norma, facendo percepire l'adolescenza solo come crisi.
- **Rappresentazione parziale:** pur con il merito delle tematiche, l'esperienza adolescenziale resta sensibilmente filtrata da scelta creativa, casting, produzione. Non tutti gli adolescenti vivono le cose così, e non tutti si riconoscono in quei modelli.
- **Effetto “diventare spettatore del proprio conflitto”:** vedere sé-adolescente rappresentato così potente può generare anche ansia o senso di inadeguatezza: «non sono così», «non sono all'altezza», oppure «mi riconosco troppo e non so come uscirne».
- **L'adulto assente:** mentre è potente la scelta di dare voce ai giovani, l'assenza quasi totale dell'adulto può dare una visione monca della rete relazionale che davvero sostiene (o non) un adolescente. La realtà è più complessa.

VIII. *Implicazioni psicologiche per spettatori, educatori, genitori*

Vista come “specchio deformante”, la serie suggerisce alcuni spunti di riflessione:

- **Per gli adolescenti:** riconoscersi è importante, ma va bene anche distinguersi. Vedere le proprie emozioni amplificate può aiutare a dare loro nome, ma occorre ricordare che ciò che si vede non è “tutto” della vita.
- **Per gli educatori/psicologi:** SKAM Italia può essere uno strumento utile per aprire dialoghi: “Hai mai pensato a questo come Sana?”, “Cosa ti fa pensare?” Serve però mediazione: spiegare che la serie è narrazione, non manuale di vita.
- **Per i genitori:** lo specchio deformante può allarmare: “Ecco quanto soffre”, “Ecco quanta distanza c'è”. Ma può anche essere spunto per entrare nella vita degli adolescenti senza giudizio: “Ti va di parlare di questo tema che hai visto?”

In definitiva, SKAM Italia si pone come opera che **riflette e trasfigura** l'adolescenza: mostra dolorosamente, pienamente, ma anche in modo forzato e selettivo, quel tempo che è transitivo, fragile, carico di ricerca. Come un grande specchio deformante in un parco giochi di fiere: ti vedi, ti riconosci, ma un po' allungato, stirato, magari ingigantito in alcuni tratti.

E forse è proprio questo il suo valore terapeutico: non l'immagine perfetta dell'adolescenza, ma l'immagine che *mette in scena* l'adolescenza – con tutte le sue ambiguità, i suoi silenzi, i suoi vuoti, e i suoi desideri.

Se vogliamo, SKAM Italia ci invita a riflettere **non solo su chi siamo stati da adolescenti**, ma su cosa significa essere adolescenti oggi - in un mondo che richiede visibilità, che chiede a priori prestazioni, che lascia gli adulti in ombra, e che ci costringe a specchiarci deformati per capire il nostro vero volto.

IX. Stile di vita e contesti come specchi evolutivi nell'ottica adleriana

Dopo aver riflettuto sui temi di Skam Itali, torniamo in casa adleriana con il concetto di stile di vita.

Lo stile di vita è la trama di significati e abitudini attraverso cui l'individuo affronta il mondo. In età evolutiva esso si costruisce come risposta creativa ai vissuti di inferiorità, di appartenenza e di competenza. I contesti educativi, affettivi e sociali si configurano, quindi, come veri e propri specchi che rinviano al soggetto una certa immagine di sé: il bambino "capace", "bravo", "timido", "difficile". Queste etichette, interiorizzate, orientano le aspettative, modellano le possibilità e contribuiscono alla formazione di un Sé coerente o frammentato.

Riflettere sugli specchi che ogni contesto propone significa interrogarsi su come la cultura, la scuola, le relazioni familiari e i modelli mediatici/virtuali partecipino alla costruzione identitaria, generando talvolta risonanze evolutive e talvolta deformazioni percettive.

X. Prospettive cliniche e formative

Pertanto, in ambito clinico, riconoscere le immagini riflesse che abitano la mente del bambino o dell'adolescente permette di comprendere la qualità del suo rapporto con sé e con gli altri.

Ogni sintomo può essere inteso come una superficie specchiante che restituisce qualcosa del vissuto interno: l'ansia come paura di non corrispondere, la rabbia come riflesso della frustrazione, il ritiro come difesa da uno sguardo troppo invadente o giudicante. In ambito clinico e formativo, lavorare sugli "specchi" significa creare contesti di riflessione condivisa, in cui gli adulti - genitori, insegnanti, formatori - possano diventare riflessi accoglienti e autentici. Restituire al bambino un'immagine di sé comprensiva e non giudicante significa offrirgli uno spazio in cui riconoscersi e crescere.

XI. Conclusioni

Il percorso proposto intende mostrare come l'immagine e la narrazione - attraverso il cinema, il linguaggio simbolico e la relazione - possano diventare strumenti trasformativi nella costruzione del Sé.

Lo specchio, in questa prospettiva, non è più soltanto un oggetto che rimanda un'immagine, ma un processo dinamico di riconoscimento reciproco.

Rendere consapevoli i riflessi che abitiamo, le distorsioni che ci attraversano e gli sguardi che ci formano significa partecipare attivamente al proprio processo di individuazione.

Come ricordava Alfred Adler, l'essenza della vita non si trova nello specchio, ma nel contributo che diamo al mondo che vi si riflette.

Bibliografia

1. ADLER, A. (1929), *Praxis und Theorie der Individualpsychologie*, tr. it. *Prassi e teoria della psicologia individuale*, a cura di Marasco E. E. e Marasco L., Editore Mimesis, Milano-Udine 2025.
2. ANSBACHER, L., ANSBACHER, R. R. (1956), *The Individual Psychology of Alfred Adler*, tr. it. *La Psicologia Individuale di Alfred Adler. Il pensiero di Alfred Adler attraverso una selezione dei suoi scritti*, Psycho Editore, 1998.
3. BASTIANINI, A. M. (2023, a cura di), *Bambini in psicoterapia. Un approccio adleriano tra psicoanalisi e neuroscienze*, Carocci Editore, Roma.
4. GRANDI, L. G. (2019), *Se questo è un altro. Conoscenza di sé e consapevolezza*, Effatà Editrice, Cantalupa (TO).
5. GRANDI, L. G. (2019), *Nella tana dell'inconscio: locus suspectus. Narrativa di Psicoterapia in età evolutiva*, Ananke Lab Editore, Milano.
6. GRANDI, L. G. (2025), *Una buona storia. Viaggio psicologico fra spiritualità e senso della vita*, Effatà Editrice, Cantalupa (TO).

Specchi deformanti nelle coppie

MARIA LUISA CAVIGLIA, KATIA LANA

Summary – DISTORTING MIRRORS IN COUPLES. such as those represented by the media, technology and social contexts, act rather like warped lenses that influence our perception of ourselves and our relationships, including romantic partnerships. When we talk about self-narrative, these distorted perceptions can lead us to see aspects of ourselves or our relationships differently from how they really are. For example, the media often display images of perfect couples or standards of beauty and success that are unrealistic, which can make us feel insecure or inadequate compared to our own reality. Technology, particularly social media, can amplify this distortion, leading us to constantly compare ourselves with images and stories that do not reflect our everyday lives. In couples therapy, recognising these ‘distorting mirrors’ is important as it helps to understand how distorted perceptions can affect the way we relate to our partners, creating misunderstandings or unrealistic expectations. Working on these perceptions makes it possible to reconstruct a more authentic and healthy narrative of oneself and the relationship, strengthening each individual’s identity and the sense of self within the couple. And with emerging technologies, especially Artificial Intelligence (AI), do these pose an obstacle or can they serve as a support for the therapist?

Keywords: COUPLES, DISTORTING MIRRORS, SOCIAL MEDIA

Abstract – SPECCHI DEFORMANTI NELLE COPPIE. Gli specchi deformanti, come quelli rappresentati dai media, dalla tecnologia e dai contesti sociali, funzionano un po’ come delle lenti distorte che influenzano la nostra percezione di noi stessi e delle nostre relazioni, come quella di coppia. Quando parliamo di narrazione di sé, queste percezioni distorte possono farci vedere aspetti di noi o della nostra relazione in modo diverso da come sono realmente. Per esempio, i media spesso mostrano immagini di coppie perfette o di standard di bellezza e successo che sono irrealistici, e questo può farci sentire insicuri o inadeguati rispetto alla nostra realtà. La tecnologia, con i social media, può amplificare questa distorsione, facendoci confrontare continuamente con immagini e storie che non rispecchiano la nostra quotidianità. In terapia di coppia, riconoscere questi “specchi deformanti” è importante perché aiuta a capire come le percezioni distorte possano influenzare il modo in cui ci si relaziona con il partner, creando incomprensioni o aspettative irrealistiche. Lavorare su queste percezioni permette di ricostruire una narrazione più autentica e sana di sé e della relazione, rafforzando l’identità di ciascuno e il senso di sé all’interno della coppia. E le tecnologie emergenti, *in primis* l’Intelligenza Artificiale (IA), sono un ostacolo o possono essere un supporto per il terapeuta.

Parole chiave: COPPIE, SPECCHI DEFORMANTI, SOCIAL MEDIA

La realtà psichica dell'individuo non è mai separata dal suo tempo storico e oggi la nostra è "l'era digitale" e i social media rappresentano una nuova forma di "scena" su cui si proiettano fantasie, desideri, angosce e idealizzazioni.

L'avvento e la diffusione dei social media e delle app di messaggistica più moderne, onnipresenti nella routine quotidiana della stragrande maggioranza delle persone, hanno determinato innegabilmente un cambiamento nel modo di vivere le relazioni, sia quelle sentimentali che quelle familiari e di amicizia.

Il cambiamento nel modo di vivere le relazioni indotto dal mondo dei social non è tutto da demonizzare.

Il vantaggio più significativo derivante dall'avvento dei social media e delle app di messaggistica è stato, senza dubbio, l'aver permesso a persone che vivono a migliaia di chilometri di distanza oppure durante giornate impegnative di mantenersi in contatto costante, il che può aiutare a sentirsi vicini anche quando fisicamente lontani.

Hanno permesso alle persone di celebrare traguardi e di condividere momenti importanti (anniversari, feste) o interessi comuni rafforzando la coppia, anche per la condivisione di emozioni all'istante stesso in cui si provano.

Le stesse conoscenze sono facilitate, soprattutto per soggetti timidi ed introversi, che riescono meglio ad "aprirsi" e a fare nuove conoscenze, mentre i più estroversi possono ampliare l'orizzonte delle loro amicizie, interfacciandosi con persone al di fuori della loro cerchia. C'è in alcune situazioni un miglioramento della comunicazione, poiché chi abbia difficoltà nel rapportarsi faccia a faccia può riuscire meglio ad esprimere una propria opinione o una propria emozione per scritto.

Per contro, tra gli effetti negativi che riscontriamo, uno dei problemi più frequenti è la *gelosia* nel vedere il partner interagire con ex o altri, commenti ambigui, post idealizzati che spingono al confronto e alimentano sentimenti di sospetto o inadeguatezza. Un altro è l'*eccessiva esposizione* e la conseguente *manca di privacy*: il confine tra ciò che è personale e ciò che si decide di condividere può sfumare.

Postare troppo può causare disagio nell'altro partner, o generare critiche esterne. Inoltre, un partner può sentirsi osservato o controllato. Notifications, scroll, attesa di feedback ("mi piace", commenti) possono sottrarre tempo che potrebbe essere dedicato a dialogo, ascolto, vicinanza reale. Quindi abbiamo: *distrazione e tempo rubato alla relazione reale*, con conseguenti sentimenti di trascuratezza.

Possiamo vedere comportamenti che non sono apertamente tradimento ma che possono erodere fiducia: flirt online, chat private con altri, interazioni nascoste, approcci che uno dei partner può considerare scorretti: è il cosiddetto *microcheating*, che si configura come infedeltà emotiva. E ancora: si creano *aspettative irrealistiche*.

I social mostrano spesso solo gli highlight, le parti migliori delle vite altrui e questo può svalutare ciò che succede nella relazione vera, generare insoddisfazione o la sensazione di dover sempre “performare”.

Riguardo in particolare all’influenza negativa, ovviamente ci sono fattori che modulano l’impatto. Innanzitutto, lo *stile di attaccamento*: persone con attaccamento ansioso o insicuro sono più vulnerabili agli effetti negativi come gelosia o bisogno di monitoraggio. Rilevanti sono anche i *Set di valori personali* e quindi dei limiti condivisi: per esempio quanto uno dei due ritenga importante la privacy, quanto tolleri il comportamento online dell’altro, se ci sono norme esplicite nella coppia su cosa è accettabile ecc. Da notare che età, *esperienza*, *familiarità con i social* sono variabili determinanti, poiché chi ha più dimestichezza può avere più strumenti per gestire i confini. E infine è importante considerare il *tipo di relazione*: relazioni iniziate da breve tempo oppure relazioni a distanza oppure con meno fiducia reciproca tendono a risentirne maggiormente.

Una domanda si pone, assillante: l’intimità virtuale degrada la nostra esperienza dell’altro? Certo cambia il modo in cui valutiamo il nostro partner e la qualità del nostro legame. Intanto, c’è un *confronto continuo* e (quasi sempre) impari: sui social vediamo coppie che sorridono, si abbracciano al tramonto, festeggiano anniversari con dediche pubbliche e gesti romantici. Ma non vediamo le discussioni, i silenzi, i momenti di noia o le incomprensioni quotidiane. Il confronto è costante e distorto, in cui il proprio partner o la propria relazione sembrano “meno intensi”, “meno presenti” o “meno innamorati” rispetto a ciò che vediamo online. Da ciò deriva il rischio di sentirsi insoddisfatti non perché la relazione sia realmente fragile, ma perché non corrisponde a un ideale estetico e affettivo irrealistico.

Un altro effetto distorsivo dei social è la tendenza a *cercare conferme pubbliche di affetto*: like, commenti, stories di coppia diventano — per alcuni — prove tangibili dell’amore dell’altro. Quando queste manifestazioni mancano, possono emergere dubbi:

- “Perché non ha messo like alla mia foto?”
- “Perché non mi tagga mai?”
- “Perché commenta sempre post di altre persone ma non i miei?”

Queste domande non nascono necessariamente da insicurezza personale, ma da un ambiente digitale che ha spostato i codici relazionali verso l’esterno, rendendo il pubblico spettatore (e giudice) dell’intimità di coppia.

Paradossalmente, più tempo si passa a “parlare di coppie” online, meno si parla con il proprio partner nella vita reale. L’attenzione si sposta verso lo schermo e non verso l’Altro.

I social possono anche alimentare una *visione idealizzata dell'amore*: veloce, passionale, sempre appagante. Questo rende difficile accettare le fasi più lente, imperfette o faticose di una relazione reale. Quando l'inevitabile quotidianità si presenta, può essere vissuta come "sintomo di fallimento" piuttosto che come parte naturale di un legame duraturo. In questo contesto, alcuni possono sentire il bisogno di cercare altrove emozioni più intense, stimoli nuovi, conferme esterne, aprendo la porta a flirt virtuali o a vere e proprie relazioni parallele. E così si scrollano foto romantiche mentre il partner è accanto, in silenzio; si postano frasi sull'amore, ma non si trova il tempo per un dialogo autentico.

Questo può creare una *disconnessione emotiva profonda*, anche in coppie stabili: si vive insieme, ma si abitano mondi diversi.

La vita online ci dà la possibilità di avere delle relazioni così come le vogliamo e di reinventarci come avatar affascinanti. Possiamo descrivere il profilo Facebook che ci piace. Possiamo modificare i nostri messaggi finché non proiettano il sé che vogliamo essere. Oggi vogliamo avere delle soddisfazioni non solo nella vita reale, ma nel nostro miscuglio esistenziale, il *multi-living*.

La nozione di miscuglio esistenziale sarebbe impossibile senza la comunicazione mobile. Fino a poco tempo fa bisognava sedersi davanti ad un computer per entrare nello spazio virtuale; questo significava che il passaggio attraverso lo specchio era deliberato e subordinato al tempo che potevamo passare davanti al computer. Oggi è il dispositivo mobile a fornire lo specchio, e si entra nel virtuale con fluidità e mentre si è in movimento. Ciò rende più facile usare la nostra vita di avatar per gestire le tensioni della vita quotidiana.

Sui social media, l'Altro, quindi anche il proprio partner, tende ad essere vissuto non più come soggetto autonomo e differente, ma come riflesso (o conferma) di un Sé ideale. Il partner, allora, non è più amato per ciò che è, ma per ciò che ci fa apparire: più desiderabili, più felici, più "completi" agli occhi degli altri. Le immagini di coppie perfette che scorrono nel feed sollecitano un confronto narcisistico che può produrre frustrazione, vissuti di inadeguatezza o svalutazione del legame reale.

In questo senso, i social diventano uno spazio dove il desiderio è continuamente stimolato, ma mai davvero soddisfatto, perché orientato verso un oggetto immaginario, sempre più lontano dalla complessità del reale.

L'esperienza di "guardare" le vite altrui, e le coppie altrui, inoltre, richiama dinamiche voyeuristiche inconscie. Il soggetto è spinto a osservare ciò che avviene nella vita intima dell'altro, non tanto per conoscere, quanto per proiettare su quelle immagini i propri desideri irrealizzati, le mancanze affettive, o le ferite narcisistiche.

Il partner, a sua volta, può essere oggetto di controllo o idealizzazione, e il rapporto rischia di essere organizzato non intorno al dialogo autentico, ma al fantasma: “perché non pubblica nulla su di noi?”, “chi ha messo like al suo post?”, “perché non mostra il nostro amore?”.

Molto spesso dietro a queste domande si cela una domanda d'amore più antica, un bisogno di riconoscimento che eccede la realtà attuale della relazione e affonda le radici in storie affettive precoci.

Infine, considerando il tradimento non solo l'atto concreto, ma anche il movimento psichico con cui l'oggetto d'amore viene investito da un desiderio “altro”, sfuggente, non condiviso, l'attenzione al mondo online, compulsiva, può assumere i tratti di un vero e proprio tradimento simbolico. Non vi è un altro partner reale, ma una scena mentale costantemente alimentata da immagini, fantasie, alternative immaginarie. Il soggetto si distrae dal partner reale perché sedotto da un *Altro generalizzato* - il sociale, lo sguardo dell'esterno - che diventa il vero oggetto del desiderio. Questo può generare un sentimento di abbandono, anche in assenza di abbandono concreto.

Una delle esperienze riportate più frequentemente in terapia, infatti, è la sensazione di distanza emotiva crescente tra partner che convivono, si parlano, si scrivono... ma non si “incontrano” più. Ci si scambia messaggi, ma non silenzi. Ci si fotografa, ma non ci si guarda. Ci si mostra, ma non ci si espone.

È la perdita dell'intimità, intesa non solo come vicinanza fisica, ma come spazio psichico in cui l'altro può essere visto e accolto nella sua alterità, fuori dalla performance, fuori dalla messa in scena.

Nell'affrontare il tema dei social nelle coppie di oggi è doveroso fare anche un breve accenno all'intelligenza artificiale, che è considerabile una tra le innovazioni più impattanti degli ultimi anni e che inizia a entrare, spesso silenziosamente, anche nelle dinamiche affettive e relazionali.

L'intelligenza artificiale oggi si manifesta in molte forme: app di messaggistica con suggerimenti automatici, chatbot empatici, algoritmi di dating, assistenti vocali sempre pronti a rispondere. Da una parte, queste tecnologie possono essere utili per facilitare la comunicazione, organizzare la quotidianità di coppia o anche supportare relazioni a distanza.

Tuttavia, la crescente interazione con “intelligenze artificiali” può anche introdurre nuove complessità psicologiche. Alcune persone, ad esempio, trovano conforto o gratificazione in conversazioni con IA conversazionali, finendo talvolta per sostituire il dialogo umano con quello digitale. In altri casi, l'uso di chatbot o app relazionali può generare sospetti, gelosia, o la percezione che il partner stia dedicando attenzione emotiva a un'entità esterna, anche se non umana.

Gli algoritmi possono anche entrare nei processi decisionali della coppia: piattaforme come Netflix o Spotify “sceglono” cosa guardare o ascoltare insieme; calendari condivisi e app di produttività organizzano tempi, viaggi, attività di coppia. In apparenza innocui, questi strumenti possono ridurre il confronto e la negoziazione tra i partner, aspetti fondamentali per una relazione sana.

Uno dei rischi emergenti riguarda la “sostituzione affettiva”: nei momenti di crisi, stress o solitudine, alcune persone si rivolgono a IA conversazionali o simulatori relazionali invece che al proprio partner. Questo può essere segno di un disagio più profondo, ma anche indice di come l’IA venga vissuta come “emozionalmente più sicura” rispetto alla relazione umana, che comporta rischi, conflitti, vulnerabilità.

In questi casi, la tecnologia non crea il problema, ma può amplificarne gli effetti: l’IA diventa un rifugio, una zona neutra che evita il confronto, ma anche la crescita. Non va però dimenticato che l’IA offre anche strumenti preziosi per la crescita della coppia: app per la terapia di coppia, programmi di auto-aiuto relazionale, supporti per la comunicazione nei momenti di crisi. In alcuni casi, l’interazione con IA può aiutare le persone ad allenarsi a esprimere bisogni, a riflettere sui propri schemi affettivi, o semplicemente a iniziare un processo di consapevolezza.

Conclusioni

I social media fanno parte della nostra vita e non vanno demonizzati. Ma è fondamentale riconoscere le distorsioni che possono generare, specialmente nelle relazioni affettive. In un mondo che ci invita continuamente a guardare fuori, la vera sfida è restare connessi dentro: nella relazione, nei gesti autentici, nella presenza reale.

Nel mondo iperconnesso, il lavoro analitico con le coppie può diventare un lavoro di sottrazione: togliere immagini, stimoli, confronti esterni, per far emergere nuovamente il desiderio autentico, quello che si nutre dell’imperfezione dell’altro e non della sua esposizione estetica.

E i social media possono anche diventare strumenti per interrogare questi nuovi fantasmi — non per eliminarli, ma per dare loro parola, forma, senso. Quanto all’IA, può diventare strumento terapeutico per le coppie, non sostituendo il terapeuta, ma affiancandolo, attraverso strumenti che facilitino la comunicazione, la consapevolezza e il monitoraggio dei progressi.

Bibliografia e Sitografia

1. ANDERS, G. (1956), *Die Antiquiertheit des Menschen*, tr. it. *L'uomo è antiquato*, Feltrinelli, Milano 2007.
2. BOUFFARD, S., GIGLIO, D., ZHENG, Z. (2022), Social Media and Romantic Relationship: Excessive Social Media Use Leads to Relationship Conflicts, Negative Outcomes, and Addiction Via Mediated Pathways, *Social Science Computer Review*, 40(6), 1523-1541. <https://doi.org/10.1177/08944393211013566>
3. DI GREGORIO, L. (2003), *Psicopatologia del cellulare. Dipendenza e possesso del telefonino*, Franco Angeli, Milano.
4. GALIMBERTI, U. (2016), *Psiche e techne: l'uomo nell'età della tecnica*, Feltrinelli, Milano.
5. GALIMBERTI, U. (2021), *Il libro delle emozioni*, Feltrinelli, Milano.
6. KARAMAN, A. (2024), The Mediating Role of Social Media Addiction and Phubbing in Basic Psychological Needs in Relationships and Relationship Satisfaction, *Front. Psychol.* Vol. 15. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2024.1291638>
7. LI, X. et al. (2021), Mobile-Mediated Communication in Romantic Relationships: The Effects of Communication Indicators and Love Attitude on Relationship Quality, *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 24(7):480-487. DOI:10.1089/cyber.2020.0675
8. MORRIS, M. E. (2020), Enhancing Relationships through Technology: Directions in Parenting, Caregiving, Romantic Partnerships, and Clinical Practice, *Dialogues Clin Neurosci.*, 22(2):151-160. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2020.22.2/morris>
9. NARDONE, G., CAGNONI, F. (2002), *Perversioni in rete. Le psicopatologie da Internet e il loro trattamento*, Ed. Ponte alle Grazie, Milano.
10. ROBERTS, J. A., DAVID, M. E. (2023), On the Outside Looking in: Social Media Intensity, Social Connection, and User Well-Being: The Moderating Role of Passive Social Media Use, *Canadian Journal of Behavioural Science/Revue canadienne des sciences du comportement*, 55(3), 240-252. DOI: 10.1037/cbs0000323

La psichiatria residenziale come microcosmo di specchi deformanti e della narrazione del Sé, del mondo e degli altri

PIERO CHERASCO, MATTIA SALAMONE

Summary – RESIDENTIAL PSYCHIATRY AS A MICROCOSM OF DISTORTED MIRRORS AND THE NARRATIVE OF SELF, THE WORLD AND OTHERS. Considerations about the theme of the conference from an internal and external perspective of a high-intensity Class 1 Psychiatric Residential Facility (S.R.P.1 - Regional Government Decision no. 84-4451 of 22/12/2021). This type of high-intensity support and high-intensity rehabilitation community takes patients with psychotic spectrum disorders, personality disorders, mostly cluster B, and eating disorders, of all ages, the majority of whom are young and very young (although of age), foreigners (Africans and South Americans) and offenders. The presentation focuses on some of the aspects that emerge from the diverse and multifaceted characteristics of the patient population. As ever empathy is an indispensable relational lever that must be responsive to a cultural and transcultural structure to meet the needs of the distinct individuals and their bio-psycho-socio-cultural uniqueness and unrepeatability. Multiethnicity presents with a range of different races, ethnic groups, cultures, personal stories, religious faiths and social conditions meaning that we must carefully examine with fresh eyes what appears to be a “distorted mirror”, as in another setting it may not be what it seems. Only by understanding the idiosyncrasies of each person can we gain clarity for the remedial intervention. This is why structured action based on the network model and on the network of models is fundamental because the plurality of the individualities needs the integration of multiple different professionals to get a clear vision of the clinical characteristics of the distortion of the mirrors and the patients’ associated narratives. The community is not merely somewhere for “housing” highly problematic individuals; it is a place that marks the starting point for a different path, which forms a new narrative that comes from anamnestic analysis and taking on the individual person’s “distorted mirrors” in the here and now to reach genuine understanding and a remedial process that leads to varying forms and levels of recovery.

Keywords: EMPATHY, TRANSCULTURATY, RECOVERY, NETWORK MODEL, RESIDENTIALITY

Abstract – LA PSICHIATRIA RESIDENZIALE COME MICROCOSMO DI SPECCHI DEFORMANTI E DELLA NARRAZIONE DI SÉ, DEL MONDO E DEGLI ALTRI. Considerazioni relative al tema del Congresso in un’ottica interna ed esterna ad una S.R.P.1, Struttura Residenziale Psichiatrica di tipo 1 a Carattere Intensivo (D.G.R. 84-4451 del 22/12/2021). Tale tipologia di Comunità ad alta valenza terapeutica e riabilitativa accoglie pazienti di area psicotica, disturbi di personalità, prevalentemente di cluster B, e disturbi del comportamento alimentare, di tutte le età, in maggioranza giovani e giovanissimi (purché maggiorenni), stranieri (africani e sudamericani) e pazienti autori di reato. La comunicazione è incentrata su alcuni aspetti che emergono dalle diverse e sfaccettate caratteristiche della popolazione dei pazienti. Lo strumento dell’empatia è come sempre indispensabile leva relazionale, che deve andare incontro ad un’articolazione culturale e transculturale, per rispondere alle necessità dei singoli individui, nella loro

unicità e irripetibilità bio-psico-socio-culturale. La multietnicità, che è declinata nella varietà delle etnie, culture, storie personali, fedi religiose e condizioni sociali ci obbliga a una visita attenta e certamente nuova di ciò che ci sembra uno “specchio deformato”, che in un altro contesto potrebbe non esserlo. Solo la comprensione delle peculiarità di ciascuno ci può dare la chiarezza dell'intervento riparatore. Per tale ragione, è fondamentale un articolato intervento basato sul modello di rete e sulla rete dei modelli, perché la pluralità delle individualità necessita dell'integrazione di diverse professionalità, per giungere ad una visione chiara delle caratteristiche cliniche della deformazione degli specchi e delle relative narrazioni dei pazienti. La comunità è intesa non solo come luogo di “deposito” di soggetti altamente problematici, ma come luogo di partenza di un diverso percorso, che è una nuova narrazione, la quale procede dall'analisi anamnestica e dalla presa in carico “degli specchi deformati” nell'hic et nunc del singolo soggetto, per giungere ad una comprensione autentica e a un processo riparativo che conduca ad una recovery variamente articolata e intesa.

Parole chiave: EMPATIA, TRANSCULTURALITÀ, GUARIGIONE, MODELLO DI RETE, RESIDENZIALITÀ

Introduzione

Considerazioni relative al tema del Congresso in un'ottica interna ed esterna ad una S.R.P.I., Struttura Residenziale Psichiatrica di tipo 1 a Carattere Intensivo (D.G.R. 84-4451 del 22/12/2021). Tale tipologia di Comunità ad alta valenza terapeutica e riabilitativa accoglie pazienti di area psicotica, disturbi di personalità, prevalentemente di cluster B, e disturbi del comportamento alimentare, di tutte le età, in maggioranza giovani e giovanissimi (purché maggiorenni), stranieri (africani e sudamericani) e pazienti autori di reato.

Questa variegata popolazione di Utenti presenta nel suo complesso un aspetto comune, anche se variamente declinato, cioè la deformazione della visione della realtà oggettiva e soggettiva. Gli psicotici percepiscono una realtà che prende corpo a valle del breakdown psicotico, una realtà “altra”. Questa si presenta come uno specchio deformato e in molte parti frammentato, che riflette allo sguardo sia interiore che rivolto alla realtà oggettiva una percezione alterata della sua soggettività e della sua oggettività relazionale e strutturale.

I disturbi di personalità, nella loro caratteristica di pervasività e persistenza, sono il prodotto di una combinazione di fattori genetici e ambientali. L'unicità e l'irripetibilità dei singoli soggetti, anche nelle espressioni della pluralità sindromica, rendono problematiche persino le più articolate classificazioni diagnostiche. Pur caratterizzati da focus diversi, i pazienti hanno, per la maggior parte, una lucida visione deformata della realtà intra ed extra psichica e soprattutto dei bisogni esistenziali, che si realizza in un'appercezione tendenziosa funzionale alla patologia [1].

L'ansia si distribuisce come un sintomo trasversale nella sua universalità, dal fastidio sotto traccia che disagia i percorsi esistenziali fino agli effetti travolgenti e pluri-espressi dell'ansia libera e somatizzata, che sono in grado di deformare la realtà perce-

pita, del mondo reale e interiore. L'impegno psicoeducativo e il lavoro psicoterapico puntano alla recovery variamente progettata ed espressa. Essa non può prescindere dalla presa in carico delle problematiche del paziente, da lui vissute come dolorose ed estranianti, espressione della frammentarietà distorta del suo specchio interiore.

I. Funzione della comunità

Una Residenza ad Alta Valenza Riabilitativa è strutturata per essere un luogo di accoglienza permanente (abitativa, sulle 24h per 365 giorni l'anno), dove i ritmi di vita vengono scanditi da attività sistematicamente proposte giornalmente di tipo educativo, psicoriabilitativo e psicoterapico. Tale lavoro è variamente espresso attraverso strumenti propri della psicoterapia psicodinamica, a cui vengono alternate esperienze concrete e creative tipiche degli interventi CBT, associando l'impegno dei pazienti all'interno della struttura a quello esterno.

Potremmo condividere con Michael Garrett (2021) che la CBT sia la tecnica più adatta a mostrare ai pazienti di essere incorsi in un errore che ha comportato una credenza letteralmente falsa, mentre la psicoterapia psicodinamica li aiuta a scoprire perché quel particolare errore esprima una verità figurativa [16]. La strategia di cura è quella di facilitare loro il riappropriarsi di una giusta dimensione rispetto alla complessità dell'ambiente reale e con la socialità, in pratica un confronto continuo con un mondo relazionale che riflette una condizione non alterata dalle ombre e dalle associazioni non convenzionali della patologia.

La comunità, in questo senso, si presenta come una sede di discontinuità concreta e psichica rispetto alle modalità di vita dei pazienti prima dell'ingresso, un luogo dove gli "angoli" abitativi, psicologici, relazionali e di organizzazione del tempo sono un "modello di rete".

Tale struttura è resa possibile dall'impegno contestuale di una pluralità di professionalità diverse. I nodi sono rappresentati dalla compartecipazione operativa di psichiatri, psicologi psicoterapeuti, infermieri, educatori professionali, terapisti della riabilitazione psichiatrica e OSS, che esprimono ciascuno un "modello" di intervento peculiare, che costituisce una "rete di modelli e di modelli in rete", tutti finalizzati ad un comune obiettivo terapeutico, riabilitativo e a una possibile recovery [21].

Il senso intrinseco della funzione comunitaria è quello di dare la possibilità ai pazienti, nell'ambito di un "contenitore" organizzato, di sperimentare un diverso ordine pratico e mentale, una diversa sistematizzazione esistenziale che comprenda gli ambiti abitativi, le regole sane del vivere sociale e gli spazi intrapsichici che la patologia ha scompaginato, confuso, resi contraddittori, a volte angoscianti e spaventosi, nella loro deformazione.

La Comunità strutturata dalle sue regole, dai suoi ritmi, si presenta come uno specchio di realtà oggettiva non deformato dalle distorsioni della mente e dal disordine psicosociale portato dalla malattia. Questo tipo di specchio è in grado di riflettere un'immagine ordinata, che ha un senso compiuto e che sfugge alla deformazione e alla frammentazione prodotte dai "fantasmi" della patologia.

II. *Fream comunitario*

Abitualmente la comunità viene percepita come luogo di contenimento per soggetti "disturbati", visione deformata dallo stigma della malattia mentale lungi dall'essere superato. Peculiari sono i vissuti dei familiari, che nella maggior parte dei casi percepiscono la struttura come luogo utile di deposito del membro malato della famiglia, con relativo scarico di impegni e preoccupazioni. Spesso la percezione che il familiare ha del parente malato è una visione deformata, in quanto vissuto come perduto, pressoché non recuperabile, nella propria inemendabile condizione.

Tale visione non tiene conto che il paziente è un soggetto in cammino, per quanto faticoso e difficile, destinato ad un recupero delle funzioni e delle capacità perse per la malattia. Un'altra parte delle famiglie vive l'inserimento in comunità con conflittuale ambivalenza, sospesa fra sollievo e senso di colpa. Questa condizione si riflette nella relazione paziente-familiari, costituendo un processo permanente di frattura e ricostruzione del vissuto del paziente tra utilità ed abbandono nella sua collocazione, che certamente favorisce una deformazione interiore relativa al significato dello stare in comunità e del percorso proposto.

L'impegno è di realizzare nel paziente la consapevolezza di essere parte attiva e fondamentale del progetto di cura. L'obiettivo della cura punta alla ripresa di una sana relazionalità familiare e sociale, relativa alle intrinseche condizioni e capacità di ciascun paziente. Per questa ragione, mensilmente, condotto da due psicoterapeute esperte, vi è la riunione del Gruppo dei familiari, il cui obiettivo è multiplo: innanzitutto, drenare sensi di colpa, resistenze, perplessità, luoghi comuni sulla malattia mentale, sulle possibilità di una recovery variamente declinata in relazione all'unicità e irripetibilità delle condizioni del singolo paziente, nonché l'accettazione degli ostacoli, delle difficoltà e delle possibili regressioni che caratterizzano abitualmente il cammino riabilitativo.

Ci sembra nodale la riflessione di Fassino (2002), in cui afferma che "il fattore di cambiamento terapeutico - la condicio sine qua non - del miglioramento del paziente, delle terapie psicodinamiche oggi poggia sul coinvolgimento emotivo ottimale, empatico del terapeuta nella relazione col paziente. (...) Il processo empatico è una complessa capacità percettiva, introspettiva e comunicativa", considerazioni già presenti in Adler (1935), Kohut (1984), Berger (1984), Hojat (2002) [6, 18, 9, 17].

Un altro contributo lo riscontriamo nel Manuale di Psichiatria Biopsicosociale, nel quale si ribadisce che “l’empatia può essere intesa come risultato finale di un ampio processo di coscienza. (...) è stata descritta come un concetto che coinvolge sia il dominio cognitivo, sia quello affettivo-emozionale [14]. Il dominio cognitivo dell’empatia si basa sull’abilità nel comprendere l’esperienza interiore e i sentimenti di un’altra persona, nonché la capacità di vedere il mondo circostante dal punto di vista altrui”.

In *Psicologia del bambino difficile* (1930), Adler scrive: “Dobbiamo riprodurre in noi stessi il medesimo sentimento, dobbiamo stabilire un contatto con l’altra persona, vedere con i suoi occhi, udire con le sue orecchie e sentire con il suo cuore, dobbiamo identificarci con lui” [3]. Sempre secondo il Manuale di Psichiatria Biopsicosociale, “il dominio affettivo coinvolge la capacità di entrare dentro o essere vicino alle esperienze interiori di un’altra persona. (...) Le interazioni sociali umane richiedono il riconoscimento che le altre persone siano governate dagli stessi tipi di stati mentali – credenze, desideri, intenzioni – che generano il comportamento di ciascuno” [14].

III. *L’empatia etnoculturale*

La progressiva trasformazione in corso della società italiana, territorio caratterizzato da una cornice storica e culturale condivisa, pur nelle sue peculiarità regionali, procede seppur lentamente verso una, per ora, parziale ma duplice multietnicità. Da un lato estrinseca, per via dei fenomeni migratori, e dall’altra intrinseca, per via di nuove stratificazioni e subculture prodotte dai cambiamenti espressi dall’interazione del mondo social con le nuove generazioni.

Tali evoluzioni impongono lo sforzo di esplorare e studiare nuove forme che l’empatia può assumere in specifici contesti, come ad esempio nelle scuole, nei luoghi di lavoro, negli spazi organizzativi, etnici, culturali e inevitabilmente negli ambiti di cura, tra i quali in maniera prioritaria nel contesto dei disturbi mentali.

Questa complessa situazione è propulsiva per avviare un ripensamento e una elaborazione di particolari modalità interpretative nell’ambito psicoterapico di uno strumento indispensabile come l’empatia. Da queste considerazioni si sviluppa l’empatia etnoculturale. L’empatia transculturale si fonda sull’inevitabile formazione e sulla disponibilità dello psicoterapeuta ad accogliere modalità comportamentali ed espressive, modi d’essere peculiari di contesti culturali diversi e anche molto lontani dal proprio.

Tale disponibilità “terapeutica” obbliga i terapeuti a cercare la comprensione del significato e della forma che va assumendo l’empatia quando si rivolge a soggetti che non solo appartengono a gruppi culturali affini, ma a culture altre, espressioni di etnie anche lontanissime dalla propria.

Tutto ciò comporta, non solo per gli psicoterapeuti ma per tutti gli operatori della Comunità indistintamente, lo sviluppo di una sensibilità e di una “empatia etnoculturale”, per evitare che specchi interiori riflettano, in virtù delle proprie radici, condizioni fisiologiche interpretate dai terapeuti in ragione dei propri condizionamenti interiori, che di per sé stessi sono deformanti, perciò letti come patologici.

Questi ragionamenti si applicano in particolar modo alla popolazione delle Strutture Psichiatriche Sanitarie, non solo in riferimento alle varie patologie presenti, ma anche relativamente all’inserimento di pazienti provenienti da paesi lontani e portatori di una alterità culturale di origine totalmente distante dal modello presente in Europa e in particolare in Italia. Tali pazienti presentano un’ulteriore difficoltà di lavoro e di presa in carico, che potremmo esprimere come soggetti portatori di una duplice deformazione dello specchio interiore.

Una relativa alla patologia, declinata in maniera peculiare in relazione alla tradizione di origine; l’altra deformazione è il prodotto del forzato adattamento ad una condizione culturale spesso lontanissima dalle radici di nascita. La duplice distorsione si manifesta anche nell’adattamento ai ritmi comunitari, strutturati e pensati per le abitudini medie di pazienti italiani.

Altra difficoltà per gli operatori è la comprensione dei deliri e dello Stile di Vita culturalmente diverso: infatti, “le molteplici culture in cui si radicano le comunità culturali, non soltanto sono di stimolo per gli studi etnologici e antropologici, ma pure per l’evoluzione della psicopatologia, della clinica e della psicoterapia [22].

La cultura, da un punto di vista concettuale, può influire sulla psicopatologia in base alle modalità attraverso cui esercita la sua influenza. Gli effetti patogenetici si manifestano attraverso modalità diverse.

Tseng (2003) individua sei di queste tipologie: gli effetti patogenetici in senso stretto, per i quali la cultura rappresenta un fattore diretto causativo nel formare o generare psicopatologia e sintomi psichiatrici specifici, propriamente considerati disturbi correlati alla cultura (cultural bound); gli effetti patoselettivi, nei quali si selezionano a livello individuale certi modelli di reazione di fronte agli stress, realizzando un certo tipo di psicopatologia; gli effetti patoplastici, per cui la cultura determina modificazioni psicopatologiche sul contenuto dei sintomi (es. contenuti dei deliri, allucinazioni, fobie) o sul modellamento del quadro clinico; gli effetti patoelaborativi, per i quali un rinforzo culturale influenza l’esasperazione di alcune sindromi; gli effetti patofacilitativi, in cui lo stile di vita favorirebbe la trasmissione di quei geni che causano lo sviluppo di determinati disturbi mentali: la cultura, in questo caso, non è la causa diretta, eziologica, della prevalenza del disturbo psicologico, il quale sarebbe veicolato da cause prevalentemente biologiche; infine, gli effetti patoreattivi, per cui la cultura influenza il modo in cui il contesto ambientale etichetta un disturbo, guidandone non

solo l'espressione della sofferenza, ma anche la risposta socio-culturale rispetto a una sua stigmatizzazione [24]. "Ciò conduce a riconsiderare la valutazione diagnostica, l'approccio delle helping professions e, quindi, la tipologia degli interventi volti alla ricerca degli elementi di base per una comune "mente culturale" [22].

L'indispensabile percorso da intraprendere nella strutturazione e nella gestione della vita comunitaria deve comprendere l'introduzione di correttivi di carattere transculturale finalizzati a evitare una forzata integrazione in un modello psicosocioculturale a volte lontanissimo dal background originale dei pazienti immigrati. Tale introduzione ha la finalità di ridurre l'impatto adattivo alla nuova condizione, impatto in grado non solo di deformare, ma di frantumare lo specchio interiore in cui si riflette l'immagine del Sé strutturato precedentemente in un "luogo altro".

Poiché il percorso riabilitativo è caratterizzato nel suo inizio da un progetto di ricucitura del contesto socioculturale del soggetto, ci sembra opportuna una riflessione in merito. In questo senso, è stimolante l'osservazione di Cooley Horton Charles, che nel suo scritto del 1902 elabora il concetto di "Looking-Glass Self". Per Cooley, un soggetto è il prodotto delle infinite interazioni interpersonali in ambito sociale del percepito relazionale degli altri [11].

Potremmo in qualche modo vedere adombrata l'importanza degli aspetti e dei contenuti socioculturali per Adler. Cooley considera il Sé una costruzione prevalentemente sociale, che ha come componente introiettiva le proiezioni sociali che riceve: il "Sé specchio", concetto in permanente coming, poiché arricchito dalle interazioni sociali e dagli eventi di vita.

In questi aspetti, il pensiero di Cooley risuona nel concetto adleriano del Sé - Stile di Vita. Adler lo intende come pluralità di significati (Sé, Personalità, Individualità, Creatività del Soggetto) in evoluzione: idea guida che orienta il piano di vita al conseguimento di un proprio obiettivo realizzativo (1912), schema di vita e linea di movimento (1927), meta dell'esistenza, opinione che l'individuo ha di sé stesso, modo peculiare che ogni individuo ha di lottare per il raggiungimento di un risultato (1930) [1, 2, 3].

Il concetto del Sé - Stile di Vita viene considerato da Ansbacher (1956), Shulman (1981) e Mosak (1994) come una struttura composita che contiene il Concetto di Sé corporeo, il Sé narrativo, Ideale di Sé (valori e simboli guida) e Non Sé (convinzioni sul mondo) [7, 23]. La sua coesione e coerenza interna sono garantite dal Sentimento Sociale come istanza aggregante e dall'azione trainante della Meta Finale [15, 10].

Se partiamo dall'assunto che nella strutturazione del Sé-Stile di Vita le componenti sociali e culturali nei loro aspetti contenutistici ed espressivi siano fondanti, diventa fondamentale riconoscere la centralità della comunicazione che è parte integrante della tecnica psicoterapica adleriana.

La comunicazione è composta dal 7% di verbale, dal 93% dal non verbale, di cui il 55% dal linguaggio del corpo e il 38% dal tono di voce [20]. “Una forma di linguaggio sovente più espressiva delle parole, più chiaramente significativa, è al tempo stesso un linguaggio corporale, il gergo degli organi” [5].

Questi dati ribadiscono che l’insieme espressivo della comunicazione ha un legame indissolubile con la formazione culturale e le esperienze peculiari apprese nei più disparati gruppi sociali. Essi ribadiscono altresì l’importanza e l’attenzione presenti in Adler per la globalità inscindibile di corpo e mente e l’originalità del pensiero adleriano per l’importanza della relazione psiche-soma. In altre parole, ogni “moto dell’anima”, a sua volta, trova un corrispondente “moto del corpo”, in una condizione di reciprocità. Peraltro, come espresso da Giovanni Ariano (2013) “Il corpo del paziente non è un semplice oggetto sul quale mettere in atto pratiche assistenziali, terapeutiche e riabilitative, ma un soggetto incarnato: carico di esperienze, idee, vissuti e aspettative” [8].

Ci pare utile osservare come l’insieme della comunicazione verbale e corporea non abbia mai un effetto neutro sull’interlocutore soprattutto di diversa e lontana cultura, e possa essere un involontario ma importante strumento di deformazione dello specchio ricettivo interiore. La reattività a tale comunicazione non verbale attiva sicuramente i neuroni specchio, che sono neuroni motori e che quindi rispondono inevitabilmente alle sollecitazioni in questo ambito.

Ci sembra opportuno citare l’embodied simulation, ovvero “un meccanismo specifico grazie al quale il nostro sistema cervello/corpo copia/modella le sue interazioni col mondo. (...) Il pattern neurale, mirror neurons, di attivazione condivisa e la simulazione incorporata costituirebbero una base biologica fondamentale per la comprensione della mente dell’altro. Pertanto l’ES indicherebbe un meccanismo obbligatorio, inconscio e perifleffivo, che non è il risultato di uno sforzo cognitivo deliberato e conscio, mirato all’interpretazione delle intenzioni nascoste nel comportamento evidente degli altri” [12]. La caratteristica di questa embodied simulation ci permetterebbe una comunicazione preculturale con soggetti dove il verbale non sia immediatamente praticabile.

In questa condizione, diventa centrale nella relazione il linguaggio corporeo, che come riflette Giovanni Ariano “ha una semantica, una grammatica e una sintassi. Il corpo di ogni individuo, sano o malato che sia, può essere considerato un romanzo scritto nel tipo di respiro, nella tensione muscolare, nel modo di essere in relazione. In questo modo di vedere, il corpo non è l’incarnazione di una visione teorica mutuata da un modello, ma l’incarnazione storica del singolo soggetto”, nel rispetto del concetto adleriano dell’unicità e irripetibilità di ogni singolo individuo. Ecco che, partendo dalla comprensione del corpo come linguaggio, il mondo del paziente psichiatrico può diventare non solo più comprensibile ma portatore di verità talora inaspettate.

La comunicazione verbale, invece, anche mediata da un interprete (linguista e non psichiatra), ci fa porre particolare attenzione agli “interpretative misunderstandings” relativi all’osservazione di presunte deformazioni e fratture degli Specchi psichici di soggetti provenienti da culture anche molto lontane, da cui sono stati strappati e in breve lasso di tempo innestati nel nostro contesto nazionale. Guardando con occhi non attenti e adeguati alle diversità culturali ed espressive (fisico- verbali), si corre il rischio di pesanti misunderstandings di tipo diagnostico e, di conseguenza, di cura, andando a incardinare forzatamente certe caratteristiche sindromiche e comportamentali nell’ambito di schemi diagnostici tipici della nostra cultura.

“Tali fattori possono determinare un’accentuazione di un “disadattamento” sociale, psichico e somatico, talora già presente e compensato dall’individuo. (...) la genesi di comportamenti e di disturbi psicopatologici “anormali” implicherebbe anche la presenza di una pressione di un gruppo o di individui della cultura dominante, verso gruppi o individui culturalmente non dominanti: il che troverebbe una delle radici proto-genetiche nei momenti di disculturazione, di neoculturazione, di transizione culturale” [22].

Sempre secondo Rovera, questo approccio ragionativo alla clinica considera una pluralità culturale-relazionale e permetterebbe la formazione di una mente culturale con un approccio clinico contestualizzato tra le diverse culture, dando nuova rilevanza al termine “comparata” presente a valle della definizione di psicologia individuale. Si mantengono così le singole caratteristiche del patrimonio intellettuale, senza gerarchizzazioni rigide che attuino una riduzione della dignità delle varie culture: da quelle più “civilizzate” a quelle cosiddette “primitive” [21]. È nella complessa pratica terapeutica quotidiana che sperimentiamo l’efficace modernità del modello adleriano.

IV. Conclusioni

La condizione comunitaria diventa inevitabilmente luogo di accoglienza, integrazione e chiarificazione di esperienze diverse, anche lontane. In tale situazione, l’alterità e la diversità delle culture e degli Stili di Vita, le caratteristiche della comunicazione sia verbale che non verbale, trovano una rete comunicativa inter-dipendente, che ne permette l’elaborazione e i margini di integrazione che permettono il percorso di cura e di cambiamento.

In estrema sintesi, potremmo vedere la funzione dell’esperienza comunitaria come uno strumento di rimodellamento e financo di ristrutturazione delle deformazioni degli Specchi Interiori in relazione alle possibilità intrinsecamente mutative che i pazienti possono mettere in campo con l’aiuto di questa peculiare esperienza di cura.

Bibliografia e Sitografia

1. ADLER, A. (1912), *Über den nervösen Charakter*, tr. it. *Il temperamento nervoso*, Astrolabio, Roma 1971.
2. ADLER, A. (1927), Individual Psychology, *The Journal of Abnormal and Social Psychology*, 22(2), 116–122.
3. ADLER, A. (1930a), *Die Seele des schwererziehbaren Schulkindes*, tr. it. *La psiche del bambino difficile*, Newton Compton, Roma 1973.
4. ADLER, A. (1930b), Individual psychology, in MURCHISON, C., *Psychologies of 1930*, Clark University Press, Worcester, Massachusetts, USA, pp. 395-405.
5. ADLER, A. (1933), *Der Sinn des Lebens*, tr. it. *Il senso della vita*, Newton Compton, Roma 1997.
6. ADLER, A. (1935), The Fundamental View of Individual Psychology, *International Journal of Individual Psychology*, 1, 5-8.
7. ANSBACHER, H. L., ANSBACHER, R. R. (1956), *The Individual Psychology of Alfred Adler* tr. it. *La Psicologia Individuale di Alfred Adler*, Martinelli, Firenze 1997.
8. ARIANO, G. (2013), *Soggetti sofferenti. Antropopatologia della psicoterapia della Gestalt*, Sipintegrazioni Editore, Casoria (NA).
9. BERGER, M. D. (1984), The Way to Emphatic Understanding, *American Journal of Psychiatry*, 1, 4556.
10. CANZIANI, G., MASI, F. (1979), Significato dei primi ricordi infantili: loro importanza nella diagnosi e nella psicoterapia con particolare riguardo all'età evolutiva, *Riv. Psicol. Indiv.*, 11, 15-34.
11. COOLEY, H. C. (1902), *Human Nature and Social Order*, Cornell University Library, New York 2009.
12. FASSINO, S., (2010), Finzioni e processo di cambiamento, *Riv. Psicol. Indiv.*, 68: 59-79.
13. FASSINO, S. (2017), Neuroscienze e dinamiche profonde del cambiamento nella relazione psicoterapeutica, *Riv. Psicol. Indiv.*, 82, 29-53.
14. FASSINO, S., ABBATE DAGA, G., LEOMBRUNI, P. (2007), *Manuale di Psichiatria Biopsicosociale*, Centro Scientifico Editore, Torino.
15. FERRERO, A., FASSINO, S. (1995), Individualità e gruppaltà tra Sentimento Sociale e Volontà di Potenza, *East-west: Psychiatry and Psychotherapy between Conservation and Change*, pp. 319-323.
16. GARRETT, M. (2020), *Psychotherapy for Psychosis: Integrating Cognitive and Dynamic Perspectives*, tr. it. *Psicoterapia delle psicosi*, Raffaello Cortina, Milano 2021.
17. HOJAT, M., GONNELLA, J. S., NASCA, T. J., MANGIONE, S., VERGARE, M., MAGEE, M. (2002), Physician Empathy: Definition, Components, Measurement, and Relationship to Gender and Specialty, *American Journal of Psychiatry*, 159, 1563-1569.
18. KOHUT, H. (1984), *How Does Analysis Cure?*, University of Chicago Press, Chicago.

19. LIBERMAN, R. P. (2012), *Il recovery dalla disabilità. Manuale di riabilitazione psichiatrica*, Giovanni Fioriti Editore, Roma.
20. MEHRABIAN, A. (2009), *Silent Messages: Una miniera di informazioni sulla comunicazione non verbale (linguaggio del corpo)*, Autopubblicato, Los Angeles, California. Recuperato il 6 aprile 2010, da <http://www.psychologicalbooksandarticles.com>
21. ROVERA, G. G., LERDA, S., BARTOCCI, G. (2014), Psicoterapia dinamica culturale, *Rivista di Psichiatria e Psicoterapia Culturale*, 2(S1), 1-14. <http://www.psiculturale.it>
22. ROVERA, G. G. (2017), Culture e deliri: Note cliniche e psicopatologiche, *Psichiatria e Psicoterapia Culturale*, 5(1), dicembre.
23. SHULMAN, B. H., MOSAK, H. H. (1995), *Manual for Life Style Assessment*, tr. it. *Manuale per l'analisi dello stile di vita*, Franco Angeli, Milano 2008.
24. TSENG, W. S., BARTOCCI, G. (2003), *Manuale di psichiatria culturale*, CIC Edizioni Internazionali, Roma.

Narrazione di Sé e degli altri nel disturbo narcisistico di personalità: stile di vita, meta e finzioni nella società dell'apparenza

SIMONA CIACCIO, RAFFAELLA GAGLIANO

Summary – SELF-NARRATION AND NARRATION OF OTHER IN NARCISSISTIC PERSONALITY DISORDER: LIFESTYLE, GOAL AND FICTIONS IN THE SOCIETY OF APPARANCE. This contribution aims to explore in greater depth the theme of the “narration of the self and others” in patients with narcissistic personality disorder, from an Adlerian perspective, through an examination of the concepts of lifestyle, goal, and the construction of fictions. The intention is to present an overview of the psychogenesis of narcissism through the research of major authors who have addressed this topic, in order to identify the possible pathological elements that the patient brings into the therapeutic session-elements necessary for constructing their life story [15]. Emphasis is placed on the concept of lifestyle because, according to Adler, it is formed within the first five years of life and must be considered essential for understanding the psychic movement that characterizes how a person confronts the three life tasks, as well as the type of goal they set in order to overcome the inferiority complex-elements associated with the clinical criteria of narcissistic personality disorder [2]. Moreover, it is necessary to address the theme of fictions within the framework of Individual Psychology in order to identify the motives that lead the patient to use them to preserve their self-image and to protect themselves from others’ judgment. The essay also aims to offer an analysis of the social context in which we live, since the modern world is grounded in individualism, indifference, and a profound crisis in the capacity for self-narration-conditions that undermine social relationships and foster the need to appear and to exhibit [13]. In conclusion, a reflection is proposed on the need to keep scientific research active within an Adlerian framework, with the goal of refining and shaping existing theories to meet the changes and demands of today’s society [9, 17].

Keywords: LIFESTYLE, GOAL, FICTIONS, SELF-NARRATION, NARCISSISTIC PERSONALITY, DISORDER

Abstract – NARRAZIONE DI SÈ E DEGLI ALTRI NEL DISTURBO NARCISISTICO DI PERSONALITÀ: STILE DI VITA, META E FINZIONI NELLA SOCIETÀ DELL’APPARENZA. Questo contributo si pone l’obiettivo di approfondire il tema della “narrazione di sé e degli altri” del paziente con un disturbo di personalità narcisistico, nell’ottica della teoria adleriana, attraverso l’esplorazione dei concetti di *stile di vita*, di *meta* e di *costruzione di finzioni*. Si vuole proporre un’osservazione della psicogenesi del narcisismo tramite le ricerche dei principali autori che si sono occupati di questa tematica, al fine di individuare i possibili elementi patologici che il paziente riporta in seduta, nella costruzione della sua storia di vita [15]. In particolare, si è deciso di focalizzare l’attenzione sui temi dello stile di vita, dell’orientamento alla meta ed infine della creazione delle finzioni. Si pone l’accento sul concetto di stile di vita perché, secondo Adler, questo si realizza nei primi 5 anni, ed è da considerarsi fondamentale nella comprensione del movimento psichico che caratterizza una persona nell’affrontare i tre compiti vitali, e della meta che si propone di

raggiungere per superare il complesso di inferiorità, associato ai criteri clinici del disturbo narcisistico di personalità [2]. È necessario, inoltre, trattare il tema delle finzioni nella prospettiva della Psicologia Individuale per indentificare le motivazioni che portano il paziente ad utilizzarle, per preservare l'immagine che ha di sé e proteggersi dal giudizio altrui. Si vuole offrire, altresì un'analisi del contesto sociale nel quale viviamo, in quanto il mondo moderno si fonda sull'individualismo, sull'indifferenza e sulla profonda crisi della capacità di narrarsi, a discapito delle relazioni sociali e a favore dell'esigenza di apparire ed esibire [13]. In conclusione, si suggerisce una riflessione in merito alle necessità di mantenere attiva la ricerca scientifica in un'ottica adleriana, con l'obiettivo di raffinare e di adattare le teorizzazioni, già esistenti, ai cambiamenti ed alle richieste della società di oggi [9, 17].

Parole chiave: NARRAZIONE DI SÉ, DISTURBO NARCISISTICO DI PERSONALITÀ, STILE DI VITA, META, FINZIONI

Introduzione

Questo contributo si pone l'obiettivo di approfondire il tema della “narrazione di sé e degli altri” del paziente con un disturbo di personalità narcisistico, nell'ottica della teoria adleriana, attraverso l'esplorazione dei concetti di *stile di vita*, di *meta* e di *costruzione di finzioni*.

Abbiamo deciso di concentrare la nostra attenzione su queste nozioni perché sono da considerarsi fondamentali nella comprensione del movimento psichico che caratterizza una persona nell'affrontare i tre compiti vitali e, in particolare, abbiamo ritenuto fosse basilare trattare il tema delle finzioni nella prospettiva della Psicologia Individuale per identificare le motivazioni che inducono il paziente narcisista ad utilizzarle, per preservare l'immagine che ha di Sé e per proteggersi dal giudizio altrui, individuando anche la meta che si pone di raggiungere per compensare le proprie fragilità.

Abbiamo scelto di proporre argomentazioni in questa direzione, basandoci principalmente sulla nostra esperienza clinica e sui confronti che sosteniamo regolarmente durante gli incontri di supervisione permanente presso l'Adler Institute di Torino, durante i quali ci troviamo a discutere in merito ai cambiamenti che la società sta vivendo, soprattutto nell'ottica di cercare di comprendere i risvolti e le conseguenze che questi apportano al nostro psicologismo e, nella direzione di operare a favore della prevenzione, di individuare la natura e le caratteristiche dei modelli educativi e relazionali che si stanno sviluppando.

In particolare, abbiamo tratto un importante contributo dalle riflessioni riportate dal Prof. Lino Grandi in “Una buona storia”, che prospettano una trasformazione dell'assioma che guida la società moderna: “io possiedo quindi sono”, “io appaio quindi sono”, “io faccio quindi sono”, cambiando quindi lo stile di vita a una società della performance, nella quale vi è la promozione dell'individualismo a discapito della relazione che rischia di assumere le caratteristiche di una società che incoraggia l'isolamento.

Pertanto, questi elementi ci hanno indotto ad individuare nel disturbo narcisistico di personalità dei tratti che ben si allineano al funzionamento del contesto sociale moderno, in chiave – ovviamente – francamente patologica.

I. Definizione disturbo narcisistico di personalità

Il DSM-5 inserisce il disturbo narcisistico di personalità nel cluster B, accanto al disturbo borderline, al disturbo istrionico ed a quello antisociale, in quanto tutti caratterizzati – seppure con specifiche ben definite – da una marcata difficoltà nella regolazione emotiva, degli impulsi e da una debolezza dell'Io che può diventare causa di manifestazioni di rabbia e di aggressività, ad esempio dinanzi a particolari situazioni relazionali.

Nella fattispecie, il disturbo narcisistico di personalità assume la tendenza ad esprimere un senso grandioso di Sé, un marcato bisogno di ammirazione ed una conseguente difficoltà nell'entrare in contatto empatico con l'altro, laddove le relazioni sono spesso caratterizzate da meccanismi di sovrastima delle proprie capacità e di svalutazione di quelle degli altri, con l'obiettivo di mantenere un'immagine elevata di Sé.

La diagnosi di disturbo narcisistico di personalità avviene, secondo il DSM-5, in presenza di almeno 5 tra le seguenti caratteristiche:

1. Presenza di un senso grandioso di Sé;
2. Frequente elaborazione di fantasie di successo illimitato, di potere, di bellezza;
3. Definizione di Sé come di una persona speciale, unica, che può essere compresa solo da persone dello stesso valore o di uno status sociale elevato;
4. Credenza di dover essere trattato in modo esclusivo;
5. Presenza di un bisogno eccessivo e sproporzionato di ammirazione;
6. Tendenza a sfruttare gli altri per raggiungere i propri obiettivi;
7. Atteggiamento arrogante nelle relazioni;
8. Difficoltà a riconoscere i bisogni e le emozioni altrui, con un'importante criticità nelle competenze empatiche;
9. Atteggiamento invidioso verso gli altri e credenza che gli altri lo siano nei suoi confronti.

La ricerca scientifica propone un'ulteriore classificazione del disturbo narcisistico di personalità, attraverso diversi sottotipi; ricordiamo ad esempio il *narcisismo overt* e *covert* prospettato da Akhtar (1989), oppure il *narcisista inconsapevole* ed *ipervigile* di Gabbard (1989), ed ancora il *narcisista grandioso* ed il *narcisista vulnerabile* di Pincus e Coll. [3, 11, 20, 21].

Nella descrizione di Akhtar, il narcisismo overt corrisponde principalmente alla rappresentazione offerta dal DSM-5, quindi è definito da grandiosità, bisogno di attenzione, da assenza di empatia e, pertanto, da una profonda difficoltà nel creare relazioni significative. Il narcisista covert, invece, esprime il proprio senso di superiorità attraverso un atteggiamento timido, introverso ed apparentemente modesto, ugualmente sensibile alle critiche altrui ed eccessivamente orientato su sé stesso.

Secondo Gabbard (1989), il narcisista inconsapevole ha un atteggiamento principalmente grandioso, appare sicuro di sé e tende ad esprimere il bisogno di essere al centro dell'attenzione. Al contrario, il narcisista ipervigile – più vicino alla descrizione di narcisismo covert – appare più fragile e manifesta la sua insicurezza, nonostante sia guidato da un forte bisogno di sentirsi “speciale” e, per questo motivo, sia profondamente attento al giudizio altrui. In entrambi i casi, Gabbard sottolinea la compromissione della capacità di contatto empatico e, di conseguenza, di instaurare relazioni autentiche e profonde.

Per quanto riguarda gli studi di Pincus e coll. (2005), il narcisista grandioso richiama il concetto di narcisista covert, quindi caratterizzato da una maggiore visibilità, da un atteggiamento chiaramente arrogante e dalla tendenza a ricercare l'attenzione altrui. Parallelamente, il narcisista vulnerabile esprime la propria insicurezza attraverso una modalità più evidente, appare maggiormente timido, introverso e può adottare uno stile comportamentale evitante, laddove individui dei segnali che rimandano al giudizio o al rifiuto [11, 21].

Il PDM-2, nel suo intento di offrire una cornice diagnostica del funzionamento della personalità, dei pattern sintomatologici e focalizzandosi altresì sull'esperienza soggettiva dei sintomi stessi, propone una lettura del disturbo narcisistico di personalità a partire dalla sua collocazione lungo un *continuum* di gravità che si muove da un livello nevrotico sino a quello psicotico.

Nonostante le ridotte competenze empatiche, ad un estremo nevrotico dello spettro, il paziente narcisista manifesta un adattamento sufficientemente adeguato al contesto sociale, lavorativo e familiare. Al contrario, le personalità narcisistiche che si collocano verso una dimensione più patologica di funzionamento, possono esprimere comportamenti francamente disfunzionali e distruttivi – in ambito sociale – indipendentemente dal successo raggiunto. Kenberg (1984) illustra una condizione caratterizzata dai sintomi del disturbo narcisistico di personalità e da aggressività sadica, unitamente ad un funzionamento principalmente psicopatico, nella condizione del *narcisismo maligno* [14, 18, 23].

Per quanto riguarda l'esperienza soggettiva, la clinica evidenzia un sentimento di vuoto interiore che induce la persona a ricercare costantemente conferme dal contesto esterno, relativamente al proprio valore e significato.

La riprova dell'avvenuto compenso può assumere la forma di ricchezza, successo, raggiungimento di un elevato status sociale, attraverso i quali il paziente narcisista manifesta un atteggiamento di grandiosità e di celebrazione di sé stesso - esigendo altresì un trattamento speciale - e di disprezzo verso gli altri. Tale dinamica è generata dalla tendenza a confrontare la propria condizione sociale con quella degli altri, con l'obiettivo di difendere la propria autostima ferita, attraverso una continua oscillazione fra i meccanismi dell'idealizzazione di sé e della svalutazione degli altri.

La prima modalità favorisce all'individuo narcisista di sentirsi speciale e valorizzato in virtù della relazione in questione; al contrario, la svalutazione alimenta il sentimento di superiorità [6].

In particolare, nel caso in cui la persona non ritenga di aver ricevuto sufficienti conferme, possono apparire vissuti depressivi, di invidia per coloro che hanno raggiunto il successo e di vergogna.

È necessario ricordare che la modalità di funzionamento del paziente narcisista ruota attorno alle sue preoccupazioni relative ai temi dell'autostima, dell'identità, dell'autonomia e del controllo, con un manifesto del tentativo di contenere la sofferenza generata da una possibile diffusione dell'identità - a seconda del livello di funzionamento - e dalle criticità relative la coesione del Sé [5].

Resta inteso che l'esame della qualità delle relazioni interpersonali fornisce informazioni fondamentali nel processo di valutazione del livello di patologia di una personalità narcisistica, in riferimento all'incapacità di amare ed alla tendenza ad avvicinarsi alle persone unicamente con l'obiettivo di sfruttarle e di abbandonarle a seconda dei propri bisogni, incurante dei sentimenti dell'altro.

Un altro aspetto fondamentale, che offre importanti informazioni in merito alla rappresentazione mentale che il paziente narcisista ha di sé stesso, è rappresentato dal senso di vergogna, che si sviluppa a partire da un continuo processo di auto-valutazione, per il quale la persona si sente inadeguata -probabilmente rispetto ad un modo di essere ideale - e che la induce a percepirsi intrinsecamente imperfetta [8].

Inoltre, il riconoscimento di bisogni insoddisfatti, ed il confronto con i propri limiti promuovono lo sviluppo di meccanismi di difesa atti ad evitare la consapevolezza delle emozioni e delle sensazioni affiliate a queste esperienze: il paziente cerca, ad esempio, di impressionare gli altri mostrando le proprie capacità ma, allo stesso tempo, di proteggersi da una possibile ferita narcisistica evitando le risposte degli altri, oppure evita le situazioni in cui si sente vulnerabile ed osserva attentamente gli altri per mostrarsi ed apparire in linea con un suo Ideale, con l'obiettivo ultimo di preservare la propria autostima [10].

II. *Psicogenesi e trattamento*

Tra i principali modelli relativi alla comprensione psicodinamica del disturbo narcisistico di personalità proposti da Kohut e da Kernberg, figura una divergenza relativa principalmente nella concettualizzazione della rappresentazione dell'oggetto [11].

Non volendo soffermarci eccessivamente sulla questione, andremo a rappresentare brevemente la natura di questo disaccordo, al fine di soffermarci successivamente sulle implicazioni terapeutiche. Nello specifico, Kohut (1971, 1977) indica come principale causa dell'insorgenza del disturbo narcisistico di personalità un fallimento empatico da parte dei genitori, i quali non avrebbero offerto adeguate risposte di validazione e di ammirazione alle manifestazioni esibizionistiche del bambino - in relazione alla sua fase di sviluppo - non proponendo quindi dei corrispondenti modelli di idealizzazione [15, 16].

L'autore enfatizza difatti queste dinamiche anche attraverso la *teoria del doppio asse*, per la quale il bisogno delle funzioni validanti rimane costante nell'arco della nostra vita, ovvero permane in una dimensione nella quale tendiamo a trattare gli altri come fonti di gratificazioni per il Sé, e non come individui separati. Kohut si focalizza quindi sul desiderio del bambino di alcune specifiche risposte genitoriali, laddove l'aggressività e la rabbia – manifestazioni tipiche legate alla mancata gratificazione dei propri bisogni di idealizzazione e di rispecchiamento - rappresentano una legittima risposta alle carenze genitoriali.

Al contrario, Kernberg – probabilmente anche in relazione al fatto che la sua attività si svolgeva principalmente con pazienti sia ricoverati sia ambulatoriali – propone la descrizione di un funzionamento primitivo e maggiormente superbo ed aggressivo rispetto a quella offerta da Kohut.

In particolare, Kernberg (1975) sottolinea delle similitudini tra il disturbo narcisistico di personalità ed il disturbo borderline, laddove ciò che li differenzia è dato dalla presenza nel primo del Sé grandioso che, pur essendo integrato, risulta essere patologico: i pazienti borderline tendono ad avere rappresentazioni di sé variabili, che li inducono a percepirsi in modo differente giorno dopo giorno mentre, il paziente narcisista ha un funzionamento più coeso, fondato su un Sé integrato.

Nonostante ciò, Kernberg evidenzia l'esistenza di alcuni pazienti narcisisti che funzionano ad un livello borderline e che possono manifestare, ad esempio, anche una profonda criticità nel controllo degli impulsi. Il loro funzionamento sembra essere il prodotto di una combinazione tra il Sé ideale, il Sé reale, l'oggetto ideale, ed una conseguente identificazione nelle immagini idealizzate di sé, la cui meta è di negare la dipendenza dagli oggetti esterni, dalle loro immagini internalizzate e, allo stesso tempo, di proiettare gli aspetti inaccettabili delle proprie immagini sugli altri, negandoli [14, 15, 16].

La breve esposizione relativa alcune delle differenze tra i due autori si è resa necessaria al fine di argomentare le altrettanto discrepanze nelle possibili strade da intraprendere nel trattamento degli approcci terapeutici da adottare.

Kohut, ad esempio, pone come elemento fondamentale la funzione empatica del terapeuta, il cui obiettivo è di innescare la relazione genitoriale, rispondendo al bisogno del paziente di affermazione, di idealizzazione o di identificazione, rispettivamente dei processi del transfert speculare, idealizzante e gemellare.

Nello specifico, non si tratta semplicemente di gratificare attivamente i suoi bisogni, bensì di interpretarli, adottando un approccio il più diretto possibile relativamente all'esperienza del paziente stesso, al fine di non riproporre esperienze di fallimenti empatici. A tal proposito, le sue osservazioni cliniche suggeriscono di sottolineare i progressi del paziente, focalizzandosi sugli aspetti positivi delle sue esperienze, ed evitando di fare commenti o porre domande che possano farlo sentire giudicato o criticato, laddove il fine della terapia è di sostenere il paziente a ricercare ed identificare oggetti-Sé adeguati.

Kerberg (1975) definisce, invece, l'idealizzazione una vera e propria difesa contro la rabbia, la svalutazione, l'invidia, e non semplicemente una normale fase dello sviluppo il cui scopo è di compensare una mancanza nella struttura psichica della persona [14]. A tal proposito, l'idealizzazione del terapeuta può rappresentare una strategia difensiva nei confronti di sentimenti negativi, quindi è fondamentale - per l'autore - porre in analisi questa tipologia di transfert sin dal suo esordio, focalizzandosi sui sentimenti negativi dai quali il paziente tenta di difendersi.

Come anticipato, obiettivo di questo lavoro non è di manifestare una disposizione a favore di una o dell'altra teoria. Si ritiene - come dimostra la clinica - che in quanto professionisti della salute mentale l'ascolto attento e genuinamente interessato del paziente rappresenta il primo tassello cruciale, al fine di individuare la strada più adatta da intraprendere per quella specifica persona.

È quindi importante - e non si espone nulla che non sia stato già detto nei preziosi contributi di Rovera e della sua scuola - osservare ed analizzare i movimenti ed i cambiamenti del transfert e del controtransfert e costruire una salda alleanza terapeutica, laddove con i pazienti narcisisti risulta essere molto complicato, soprattutto a causa della loro paura di misurarsi con gli aspetti considerati delle imperfezioni, con il rischio così di sentirsi svalutati e senza valore. Nonostante ciò, l'identificazione di obiettivi comuni ed una fase psicoeducativa, durante la quale si aiuta il paziente a riconoscere che il raggiungimento di tali obiettivi può causare l'insorgenza di ferite all'autostima, possono facilitare la costruzione dell'alleanza terapeutica.

III. *Il narcisismo secondo la Psicologia Individuale: stile di vita, narrazione del Sé e finzioni*

La teoria di Adler della brama di potere comprende e supera il concetto di narcisismo, ad esempio nella descrizione dello sviluppo dello stile di vita, nella descrizione del fenomeno psichico della protesta virile, per il quale la donna tenta di respingere la propria femminilità ed il ruolo ad essa connesso, ed anche per il quale l'uomo esperisce sofferenza ed un senso di inadeguatezza verso gli altri, che osteggia attraverso un atteggiamento prevaricante.

In particolare, la Psicologia Individuale evidenzia la centralità della carenza di sentimento sociale nella psicogenesi del disturbo narcisistico di personalità: un'educazione viziante, nella quale la madre idealizza il bambino, allontanandolo dalle interazioni con gli altri, oppure genitori eccessivamente protettivi che limitano l'indipendenza del figlio, rischiano di gettare le basi a favore di un patologico disinvestimento dagli altri, in direzione di sé stessi, in una finzione in cui la persona ha un Sé grandioso ed una rappresentazione di sé che tenta di proteggere attraverso modalità difensive rigide, che allontanano dal lato utile della vita [1].

Naturalmente, la clinica sembra evidenziare il valore cruciale dello sviluppo delle competenze relazionali e di mentalizzazione come fattori che definiscono il livello di funzionamento psicologico di ciascuno di noi [19]. Come già sopra citato, lo psicologismo narcisistico prevede, infatti, l'incapacità di comprendere le emozioni altrui, di percepire l'altro come un'entità separata ma, al contrario, unicamente in funzione della gratificazione del sé grandioso, al fine di mantenere l'illusione di indipendenza totale dagli altri [7].

Adler, che non parla in termini deterministici introduce il concetto di stile di vita come modalità unica con la quale ci percepiamo e interpretiamo la realtà, diamo significato alle cose e alle persone, mettiamo in atto i comportamenti, rispondiamo e prendiamo posizione nei confronti delle richieste che ci pone la società e costruiamo la nostra personalità, unica e differente da quella di qualsiasi altro essere umano. Lo stile di vita si organizza in età precoce, implica le modalità delle abitudini dell'individuo nei primi 5/6 anni, indica le rappresentazioni interne cioè l'insieme di emozioni, vissuti, comportamenti, idee del mondo, rappresentazioni mentali di ciò che vivo, come vedo il mondo [1]. Ad esso sono associate le finzioni, valutazioni soggettive della realtà esterna e dell'immagine di sé che la persona modella in base ai suoi bisogni per poter affrontare le problematiche che la vita gli presenta.

Per Adler la finzione non è una semplice costruzione soggettiva della fantasia, ma un mezzo indispensabile per la risoluzione dei problemi della vita. La finzione è innata e fa parte della vita delle persone, è un artificio dell'individuo che l'aiuta a superare il sentimento di inferiorità attraverso delle rappresentazioni mentali che lo fanno sentire più sicuro.

I disturbi mentali, ad esempio, sono il risultato di comportamenti innaturali, che non producono un benessere, ma hanno compresi nella loro declinazione il sentimento di inferiorità, la presa di distanza dagli altri e l'uso di finzioni rafforzate [4].

Per Adler nelle nevrosi e nelle psicosi il sentimento di inferiorità e la finzione sono egualmente importanti. In un quadro patologico e di devianza le finzioni sono definite rafforzate perché aumentano la distanza tra l'individuo e gli altri, intaccando il sentimento sociale. Questa peculiarità crea immagini alterate degli altri e del mondo circostante che danno vita ad un fine ultimo fittizio stimolato dalla volontà di potenza, delineando una contaminazione del principio adleriano di unicità e irripetibilità della psiche individuale. Infatti nel nevrotico le finzioni consentono ancora uno sviluppo di autocritica e consapevolezza delle proprie capacità; nello psicotico, invece, queste strutturazioni portano ad un pensiero delirante che fugge dalla realtà e che non è in grado di dirigersi verso una meta finale. Il nevrotico sostiene le proprie finzioni per mancanza di sicurezza in sé dando un valore e concretizzandole; lo psicotico invece ritiene che la finzione sia una verità rivelata [1].

La finzione è considerata soprattutto in un'ottica di soggettività, in quanto viene definita come un'interpretazione individuale del mondo e una rielaborazione personale dei vissuti d'inferiorità. Dunque le finzioni sono degli errori su cui si basa lo stile di vita del paziente.

Uno dei compiti fondamentali della terapia è distinguere le finzioni normali da quelle cosiddette rafforzate, ossia di carattere patologico, che indicano un modo di rappresentare la realtà che perde i confini tra vero bisogno e realtà al di fuori di me. L'aiuto offerto al paziente a sganciarsi dalle finzioni rafforzate non conclude il processo terapeutico, il quale dovrebbe incentivare l'avvio verso una meta nella realtà, rilevando ed utilizzando nuovi tipi di finzioni.

Il ruolo dello psicoterapeuta è di incoraggiare il paziente ad auto-valorizzarsi, a ricercare le proprie finzioni, ad utilizzare le compensazioni verso il lato utile della vita e ad aumentare il sentimento sociale [12]. La rappresentazione che creiamo del mondo esterno e che associamo alla realtà che ci circonda, ci lega ad uno scopo che nella teoria adleriana si esplica nella meta, l'obiettivo a cui intende arrivare l'individuo, l'obiettivo finale. È inconscia, è finalistica; ed è importante capire la linea direttrice del percorso dell'individuo per arrivare alla meta [1].

In un quadro narcisistico la meta è orientata verso la visione di sé nel mondo e il proprio benessere, senza tener conto del sentimento altrui; è compito dell'analista "svelare" al paziente le motivazioni del suo operato e, attraverso il Sé creativo, l'individuo potrà affidarsi al terapeuta [12]. La persona quando "incontra" l'altro, tende ad usare come difese l'evitamento e le finzioni, affinché non si senta squassata e teme il cambiamento.

Per un buon lavoro terapeutico bisogna saper riconoscere le finzioni che la persona utilizza come rappresentazioni della sua realtà e aiutarla a riconoscerle per poter consapevolizzare, accettare la realtà e infine muoversi, verso il lato utile della vita [12].

La Psicologia Individuale descrive il narcisista come un individuo che cerca di compensare un profondo senso di inferiorità con una rappresentazione di sé esagerata e spesso falsa, focalizzata sul dominio e sull'ammirazione altrui, piuttosto che sullo sviluppo di un vero Sé coeso e integrato nei rapporti sociali. Adler riteneva che il narcisismo derivasse da un conflitto tra un sé più profondo e un'immagine di sé spesso gonfiata.

L'individuo narcisista lotta con un senso di inferiorità e per mascherarlo, costruisce una "narrativa di sé" costruita su un'idea esagerata delle proprie capacità e del proprio valore. Questa narrativa di sé non è basata su un reale e profondo senso di sicurezza e coesione, ma su un bisogno di essere ammirato dagli altri. La persona narcisista tende a dominare gli altri, sia nel pensiero che nel comportamento, e a sfruttare le relazioni per il proprio vantaggio.

Un aspetto centrale della teoria adleriana è che la vera felicità e un benessere psicologico sano derivano dalla capacità di instaurare relazioni positive con gli altri. Il narcisista, al contrario, è concentrato su sé stesso e sul bisogno di ammirazione, il che impedisce lo sviluppo di una vera intimità e di rapporti appaganti.

IV. Narrazioni del paziente narcisista

Dagli assunti teorici fin qui esposti ora vorremmo porre l'attenzione su una paziente con tratti di un disturbo narcisistico di personalità per confrontarci sugli aspetti che emergono nella narrazione di sé e degli altri.

Vi porto la situazione di Giulia, nome di fantasia, che giunge alla nostra osservazione per iniziare un percorso senza una reale motivazione, ma in quanto consigliata dal ragazzo e per la curiosità di conoscersi. Giulia ha 33 anni, è laureata in Ingegneria e lavora in un'azienda informatica in full-remote, figlia unica di genitori separati, sta assieme ad un ragazzo da circa 8 mesi.

I genitori si sono separati quando lei aveva 11 anni, e lei era molto arrabbiata soprattutto con il padre. Non si parlarono per un anno circa, ora il rapporto è quasi simbiotico, poiché il padre la ricerca continuamente, è presente spesso e afferma di "vivere solo per lei". Ha subito un lutto del cane circa un anno fa, al quale era molto legata; anche attualmente ha un cane di nome Onda, al quale è legata con un rapporto ansioso.

Attualmente sta assieme ad un ragazzo che ha difficoltà per depressione; nelle relazioni precedenti sceglieva partner fisicamente più brutti perché si diceva che nessuna glieli avrebbe portati via, poiché lei era bella e capace di ottenere chi vuole, vivendo come “trofei” le conquiste passate. Ha delle amiche che frequenta e con cui esce, anche se sono quasi tutte sposate e con figli.

Dal profilo diagnostico emerge una personalità egocentrica, concentrata su di sé, ansiosa e insicura. Il suo stile di vita emerge da un'educazione viziante, in quanto figlia unica e accontenta in ogni sua richiesta e desiderio, e da una dipendenza emotiva per un forte bisogno di attaccamento all'altro per sentirsi riconosciuta. Nel racconto parla molto di sé, è autoriferita e prestazionale, fatica ad entrare nel suo mondo emotivo; è svalutante verso se stessa soprattutto in ambito affettivo, emerge un timore del giudizio altrui rispetto alle sue capacità. La sua meta è di costruire una famiglia con il ragazzo, che non sembra attualmente predisposto a ciò. Riferendosi al padre dice spesso: “senza di me non vive”, poiché richiede spesso la presenza e partecipazione alla sua vita.

Nella relazione con l'Altro ricerca molto le attenzioni, se l'Altro si allontana, per paura di perderlo lei si attacca, cercando di compensare le sue fragilità emotive. Giulia fatica ad uscire dalla sua zona di comfort poiché va in ansia per paura di non essere all'altezza della situazione, è in una costante ricerca di perfezione. Spesso si racconta come la “bambina perfetta”, è sempre accomodante con gli altri, non ricerca lo scontro e deve risultare sempre impeccabile, le piace ricevere apprezzamenti intellettuali oltre che fisici. Rispetto a queste modalità il percorso psicoterapeutico si pone come obiettivo di aiutare Giulia nel riconoscersi, nel narrarsi e nel cercare di rapportarsi agli altri decentrandosi da se stessa.

IV. Conclusioni

Abbiamo voluto portare l'attenzione sulle persone che hanno tratti narcisistici, poiché in questo ultimo periodo la società di oggi ha amplificato questi tratti e queste modalità relazionali. Abbiamo cercato di approfondire quale potrebbe essere lo stile di vita, la meta e le finzioni che una personalità narcisistica potrebbe portare in terapia, partendo dalle sue narrazioni. Abbiamo rivisto e riadattato all'epoca in cui viviamo gli assunti teorici dei vari Autori prospettando come possano essersi evoluti certi tratti caratteristici di una personalità narcisistica che si adatta alle richieste dell'ambiente esterno.

La società di oggi che punta all'individualismo, che trasforma tutto in un apparire e performare un fare per essere, ci induce a sviluppare modalità di “sopravvivenza” per salvaguardare il nostro sé e soprattutto ci espone al giudizio altrui, creando nell'immaginario collettivo la convinzione che per essere riconosciuti e sentire di esistere per l'altro devo mostrarmi ed essere orientato su di me.

Il lavoro psicoterapeutico rispetto a questi cambiamenti culturali, di pensiero e di comunità deve trasformarsi, cambiare ed evolvere in qualcosa di più profondo. Come si può portare una persona a sviluppare un buon sentimento sociale e senso comunitario se tutto attorno a lei gli mostra e indica che deve concentrarsi su di sé e sentire di esistere poiché appare nei social? Come può un “buon psicoterapeuta” aiutare i questi pazienti ad orientarsi nei tre compiti vitali se la società ne ha fatto decadere uno?

Queste sono le domande che ci siamo poste per cercare di indagare attraverso gli strumenti della psicologia individuale come riadattare certi suoi concetti ad oggi, come spesso ci stimola a fare il prof. Grandi durante le supervisioni con i colleghi. Ci auguriamo che questo contributo possa essere un punto di partenza, assieme ai lavori svolti dai colleghi in questo congresso, per poter approfondire queste tematiche e cercare di avere più chiara quale possano essere la meta della nostra comunità e tutte le complicità che ne possano derivare.

Bibliografia e Sitografia

1. ADLER, A. (1912), *Über den Nervösen Charakter*, tr. it. *Il temperamento nervoso*, Astrolabio, Roma 1950.
2. ADLER, A. (1933), *Der Sinn des Lebens*, tr. it. *Il senso della vita*, Newton Compton, Roma 1997.
3. AKHTAR, S. (1989), Narcissistic Personality Disorder: Descriptive Features and Differential Diagnosis, *Psychiatric Clinics of North America*, 12(3): 505-529. [https://doi.org/10.1016/S0193-953X\(18\)30411-8](https://doi.org/10.1016/S0193-953X(18)30411-8)
4. ANSBACHER, H. L., ANSBACHER, R. R. (1956), *The Individual Psychology of Alfred Adler*, tr. it. *La Psicologia Individuale di Alfred Adler*, Martinelli, Firenze 1997.
5. BLATT, S. J. (2008), *Polarities of Experience: Relatedness and Self-definition in Personality Development, Psychopathology, and the Therapeutic Process*, American Psychological Association, Washington DC.
6. BRADLEY, R., HEIM, A., WESTEN, D. (2005), Transference Pattern in the Psychotherapy of Personality Disorders: Empirical Investigation, *The British Journal of Psychiatry*, 186(4): 342-349. <https://doi.org/10.1192/bjp.186.4.342>
7. BROMBERG, P. M. (1998), *Standing in the Spaces*, tr. it. *Clinica del trauma e della dissociazione*, Raffaello Cortina, Milano 2007.
8. COOPER, A. M. (1988), The Narcissistic-Masochistic Character, in GLICK, R. A., MEYERS, D. I. (a cura di), *Masochism: Current Psychological Perspectives*, The Analytic Press, pp. 117-138, Hillsdale, NJ.
9. DIMAGGIO, G. (2026), *L'illusione del narcisista*, Baldini-Castoldi Editore, Milano.
10. GABBARD, G. O. (1989), Two Subtypes of Narcissistic Personality Disorder, *Bullettin of the Meninger Clinic*, 53(6): 527-539.

11. GABBARD, G. O. (2017), *Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice*, tr. it. *Introduzione alla psicoterapia psicodinamica*, Raffaello Cortina, Milano 2018.
12. GRANDI, L. G. (2016), *Amore e Psiche*, Effatà Editrice, Cantalupa (TO).
13. GRANDI, L. G. (2025), *Una buona storia*, Effatà Editrice, Cantalupa (TO).
14. KERNBERG, O. F. (1984), *Severe Personality Disorders: Psychotherapeutic Strategies*, tr. it. *Disturbi gravi della personalità*, Bollati Boringhieri, Torino 1987.
15. KOHUT, H. (1971), *The Analysis of the Self: A Systematic Approach to the Psychoanalytic Treatment of Narcissistic Personality Disorders*, tr. it. *Narcisismo e analisi del Sé*, Boringhieri, Torino 1980.
16. KOHUT, H. (1977), *Restoration of the Self*, tr. it. *La guarigione del Sé*, Bollati Boringhieri, Torino, 1980.
17. LECCARDI, G. (2009), Lo specchio di Adler: la fine del narcisismo, *Riv. Psicol. Indiv.* 65: 17-51.
18. MELTZER, D. (1973), *Sexual States of Mind*, tr. it. *Stati sessuali della mente*, Armando Editore, Roma 1983.
19. PARENTI, F. (1987), *Alfred Adler. L'uomo, il pensiero, l'eredità culturale*, Editori Laterza, Bari.
20. PINCUS, A. L. (2005), *Una teoria interpersonale integrata contemporanea dei disturbi di personalità*, tr. it. in LENZENWEGER, F., CLARKIN, J. F. (a cura di), *Personality Disorders*, tr. it. *I disturbi di personalità. Le principali teorie* (pp. 291-341), Raffaello Cortina, Milano 2006.
21. PINCUS, A. L., CAIN, N. M., WRIGHT, A. G. C. (2014), Narcissistic Grandiosity and Narcissistic Vulnerability in Psychotherapy, *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 5: 439-443. <https://doi.org/10.1002/9781118093108.ch4>
22. PINCUS, A. L., ROCHE, M. J. (2011), Narcissistic Grandiosity and Narcissistic Vulnerability, in CAMPBELL, W. K., MILLER, J. D. (a cura di), *Handbook of Narcissism and Narcissistic Personality Disorder*, pp. 31-40, Wiley, Hoboken, NJ. <https://doi.org/10.1037/per0000031>
23. ROSENFELD, H. (1987), *Communication and Interpretation: Therapeutic Approach to Psychotic Patients*, tr. it. *Comunicazione e interpretazione*, Bollati Boringhieri, Torino 1989.
24. RUSCIANO, D. (2022), *Il narcisismo in chiave adleriana*, Book Sprint Edizioni (SA).

Norma Jeane: restituire tridimensionalità ad un personaggio, dall'icona alla persona

GIORGIA COCCONCELLI, ANNA RUZZARIN

Summary – NORMA JEANE: RESTORING THREE-DIMENSIONALITY TO A CHARACTER, FROM ICON TO PERSON. First Deformation: the role of the media and the creation of the Monroe myth. Second Deformation: (Norma Jeane – Marilyn Monroe – Zelda Zonk). In her attempt to suppress the most authentic and fragile parts of herself, Norma Jeane silences - though never completely succeeds in doing so - her truest self, leading to a lifestyle that would ultimately result in her premature death. Third Deformation: psychoanalysis. Violation of the rules of the therapeutic setting and inappropriate use of psychoanalytic tools. This paper examines the existential deformation of Monroe, imposed by the media but initiated by the actress herself in an effort to discard and mutilate the humiliating and deficient aspects of her personality that had shaped her life. The work also analyzes the distortion produced by the dominant psychoanalysis in Hollywood, whose therapeutic processes contributed to the disintegration rather than the reintegration of the woman's self-image and self-concept. How could we now, belatedly, restore her sense of uniqueness through the perspectives of Adler and existentialism? If in Norma there is a tension to become someone - anyone but herself - then the therapeutic act should aim to reassign meaning to her life, granting it authentic value, and helping her to hold together the dramatic, yet also vital and creative, aspects of herself.

Keywords: MARILYN MONROE, DEFORMATION, MEDIA, HOLLYWOOD, PSYCHOANALYSIS

Abstract – NORMA JEANE: RESTITUIRE TRIDIMENSIONALITÀ AD UN PERSONAGGIO, DALL'ICONA ALLA PERSONA. Prima deformazione: il ruolo dei media e la creazione del mito Monroe. Seconda deformazione: (Norma Jeane-Marilyn Monroe-Zelda Zonk). Norma Jeane nel tentativo di sopprimere le parti di sé più autentiche e fragili, silenzia, senza mai riuscirvi completamente, il suo sé più autentico, determinando uno stile di vita che la condurrà ad una morte prematura. Terza deformazione: la psicoanalisi. Violazione delle regole del setting ed utilizzo inappropriato degli strumenti psicoanalitici. Una dissertazione intorno alla deformazione esistenziale della Monroe, esercitata dai media, ma iniziata già dall'attrice stessa nel tentativo di disfarsi e mutilare aspetti di sé umilianti e manchevoli che ne avevano caratterizzato l'esistenza. L'elaborato, inoltre, analizzerà la deformazione operata dalla Psicoanalisi imperante ad Hollywood che con i suoi processi terapeutici ha favorito la disgregazione e non la reintegrazione dell'immagine e dell'idea di sé della donna. In che modo potremmo oggi, tardivamente, attraverso le posizioni di Adler e dell'esistenzialismo restituirle unicità? Se in Norma c'è una tensione a diventare qualcuno, tutto meno che se stessa, ecco che l'atto terapeutico dovrebbe andare nella direzione di riattribuire dei significati alla sua esistenza, conferendole un valore autentico, aiutandola a tenere insieme gli aspetti di sé drammatici, ma anche vitali e creativi.

Parole chiave: MARILYN MONROE, DEFORMAZIONE, MEDIA, HOLLYWOOD, PSICOANALISI

*“L'industria dà e l'industria toglie.
Hollywood, la fabbrica dei sogni, aveva creato una ragazza da sogno.
Poteva destarsi alla realtà? E qual era la realtà?
C'era vita per lei al di fuori del sogno?”*

Norman Rosten, poeta e amico di Marilyn [9]

I. La costellazione familiare di Norma Jeane

Norma Jeane Mortenson Baker, nata a Los Angeles il 1° giugno 1926, è stata fin dall'infanzia esposta a un complesso intreccio di fattori di rischio genetici e psicosociali. I molteplici cognomi associati alla sua identità anagrafica non sono solo un elemento biografico, ma riflettono una profonda instabilità e frammentazione delle figure genitoriali.

L'eredità familiare appare particolarmente gravata da una documentata vulnerabilità psicopatologica, concentrata prevalentemente sulla linea genealogica materna. In particolare, si osserva una storia clinica che suggerisce la presenza di disturbi dell'umore gravi o della sfera psicotica – in passato spesso etichettati sotto l'ombrello di “psicosi maniaco-depressiva” – a fronte di una linea paterna rimasta quasi completamente ignota. L'adozione successiva dello pseudonimo “Monroe,” cognome della nonna materna, rimarca simbolicamente il legame indissolubile con questa complessa discendenza [6, 9].

Le due generazioni femminili precedenti a Norma Jeane – la nonna e la madre – presentavano un quadro clinico e comportamentale marcatamente disfunzionale. La loro vita fu segnata da una cronica disregolazione emotiva e comportamentale, associata a relazioni coniugali instabili e a episodi traumatici come gli aborti precoci. Dal punto di vista della cura, si manifestò una chiara incapacità di parenting adeguato, con una compromissione significativa della capacità di accudimento. La nonna materna parrebbe aver sviluppato una grave forma di psicosi, forse di natura infettiva (sifilide), che culminò in un atto aggressivo e potenzialmente fatale nei confronti della nipotina di soli 18 mesi (un tentativo di soffocamento).

Questo tragico percorso la condusse al ricovero in un'istituzione psichiatrica, dove morì all'età di 52 anni. Anche la madre, Gladys, mostrava una marcata instabilità affettiva, caratterizzata da sbalzi d'umore, crisi di pianto e una condotta sociale percepita come promiscua. L'esito inevitabile di questa profonda disorganizzazione fu l'affidamento di tutti i suoi figli a terzi. Il contesto evolutivo di Norma Jeane fu inoltre caratterizzato da una cronica e sistematica assenza delle figure maschili e di quella paterna in particolare, sia in termini di presenza fisica che di funzione psichica contenitiva.

L'identità del padre biologico non fu mai accertata, contribuendo a generare in lei un senso di indefinitezza e vuoto primario. Anche i riferimenti maschili estesi presentavano gravi criticità: il nonno materno morì in un ospedale psichiatrico e al presunto nonno paterno fu associato un evento suicidario in età avanzata [9].

Questa carenza strutturale di modelli relazionali stabili e l'esposizione a una storia familiare densa di traumi e disturbi mentali gravi configurano un quadro di sviluppo estremamente avverso. Il periodo formativo di Norma Jeane si svolse in un ambiente di vita familiare inesistente e caotico, contrassegnato da una serie logorante di dieci diversi affidamenti familiari e da una permanenza, dagli otto ai dieci anni, in un orfanotrofio.

Questa fu una conseguenza diretta dell'ospedalizzazione della madre in seguito a un episodio aggressivo sul luogo di lavoro, consolidando il trauma dell'abbandono e l'interruzione dei legami affettivi. È plausibile che questo periodo di estrema vulnerabilità evolutiva sia stato un fattore predisponente per ulteriori esperienze traumatiche. In particolare, è stato ipotizzato che in questa fase Norma Jeane abbia subito un episodio di abuso sessuale, evento che si inserisce in un quadro di sviluppo già gravemente compromesso. Le immediate ripercussioni cliniche di tale trauma sono state evidenti nell'insorgenza di sintomi quali la balbuzie e la manifestazione di incubi ricorrenti, indicatori di una possibile mancata elaborazione dell'evento traumatico stesso [6, 9].

Questa profonda ferita psicologica e la conseguente instabilità emotiva e comportamentale raggiunsero un apice critico che portò, nel 1961, al suo internamento coatto disposto dalla psicoanalista dottoressa Kris. Tale esperienza istituzionale si rivelò altamente ritraumatizzante per Marilyn Monroe [9]. La reazione intensa e avversiva all'internamento è interpretabile come una riattivazione della paura centrale di Norma Jeane: la minaccia di replicare il destino di istituzionalizzazione e perdita di autonomia già sperimentato dalla nonna e dalla madre, consolidando il timore di ereditare la “follia” familiare e di perdere definitivamente il controllo sulla propria esistenza.

II. *Lo psicologismo di Marilyn Monroe*

L'intera traiettoria esistenziale di Marilyn Monroe può essere letta attraverso la lente della ricerca perpetua di una base sicura familiare che le era stata negata nell'infanzia [9]. Questa ricerca si manifestò in una perenne oscillazione dicotomica tra due bisogni psicologici fondamentali ma non integrati: il desiderio di riscatto e superamento dei vissuti primari di solitudine, vuoto e insignificanza, e l'urgente bisogno regressivo di essere accudita e contenuta come una bambina. La mancata integrazione di queste istanze ha perpetuato un ciclo relazionale patologico.

L'analisi del vissuto precoce di Norma Jeane rivela una profonda risonanza con il quadro teorico del “Complesso della Madre Morta” elaborato da André Green [4]. Non si trattò di una perdita fisica, quanto piuttosto di un decesso psichico dell'oggetto materno (Gladys), il quale, pur essendo biologicamente presente in parte della sua vita iniziale, si manifestava come emotivamente inaccessibile e disinvestito. Questo disinvestimento oggettuale non solo ha determinato un'esperienza di lutto precoce e depressivo, ma ha anche intensificato lo stigma sociale e la vergogna associati alla malattia mentale, particolarmente acuti nell'epoca in cui Norma Jeane è cresciuta.

La vergogna, in questo contesto, diviene un affetto primitivo che si radica nell'identità del Sé. Di fronte a uno scarso o nullo interesse da parte dell'oggetto esterno, l'esito è la mancata costituzione di un oggetto transizionale sicuro che avrebbe potuto ammortizzare l'angoscia della separazione. Al contrario, l'oggetto interno che si è strutturato nel suo spazio psichico è risultato essere non solo abbandonico, ma con valenze potentemente persecutorie. Ciò ha impedito lo sviluppo di un'immagine materna vitale e accudente, sostituita invece da un'immagine mortifera e caratterizzata dal disinvestimento affettivo.

La conseguenza clinica diretta è il sorgere di vissuti angosciosi e depressivi in presenza dell'oggetto e, in modo cruciale, una ferita narcisistica profonda: la percezione che l'oggetto interno, così come quello esterno, sia strutturalmente incapace di “vederla” o riconoscerla come entità esistente e meritevole d'amore. Green osserva che i bambini esposti a tale dinamica spesso attuano tentativi disperati di rianimazione e rivalsa nei confronti dell'oggetto materno “morto”.

In Norma Jeane, queste strategie si manifestano nella ricerca incessante di un “Io” in vita e vitale attraverso due canali principali: la rivalsa simbolica (un tentativo inconscio di sfidare l'inerzia mortifera della madre) e l'esasperazione erotica e seduttiva del corpo come mezzo per affermare la propria esistenza, attrarre l'attenzione e generare investimento pulsionale lì dove era stato tragicamente assente. Questo deficit primario viene poi aggravato dalla totale assenza di una costellazione familiare contenitiva o “sana”, precludendo qualsiasi possibilità di co-costruzione di una base sicura vicariante [6].

In questo contesto di profonda invisibilità psichica e vergogna, le domande inconscie di Norma Jeane (simili a quelle di ogni bambino di fronte alla madre) si cristallizzano intorno al tema dell'esistenza: *“Esisto io per te? Ho un posto nel tuo sguardo?”*. Il suo timore esistenziale più grande non era solo l'abbandono, ma la prospettiva di una “ricaduta” nel destino familiare della malattia psichiatrica e il terrore di essere “smascherata” nella sua fragilità (il timore di essere vista come la “pazza” erede della madre) [9]. Tali presupposti gettano le basi per l'instaurarsi di un Complesso d'Inferiorità, caratterizzato da un nucleo interno di disagio, vergogna e non-valore [1].

La successiva opportunità offerta dal “sogno americano” – la carriera da modella e star di Hollywood – non funge da risoluzione, ma piuttosto da iper-compensazione. La costruzione della maschera di Marilyn Monroe può essere letta come un “Falso Sé” grandioso e iper-investito, eretto per soffocare e negare l'angoscia della non-esistenza e la vergogna dell'Io originale (Norma Jeane).

Il distretto cinematografico di Los Angeles, all'epoca, incarnava l'essenza dell'industria dei sogni, la promessa di affermazione per chi, come Norma Jeane, proveniva dalle fasce di popolazione più disagiate [9]. Il contesto socio-culturale in cui si inserì, al di là dello sfarzo e della ricchezza superficiale, era profondamente permeato dalla morale dell'America puritana, dove il successo era percepito come ottenibile solo a costo di un sacrificio esistenziale. In tale ambiente, non era concessa l'espressione della Norma Jeane malinconica e vulnerabile; l'unica identità accettabile era quella di Marilyn Monroe, l'icona radiosa, spensierata e perennemente felice.

Questa dinamica imponeva una scissione radicale dell'Io: gli aspetti di fragilità, angoscia e sofferenza dovevano essere rimossi e disconosciuti per mantenere l'immagine pubblica. Il prezzo di questa definitiva auto-affermazione era la mancata integrazione del Sé sofferente, la cui angoscia, per non essere mentalizzata, doveva essere agita e subita dal corpo.

L'artista Andy Warhol, nella sua celebre opera serigrafica *Marilyn Diptych* (realizzato dopo la morte dell'attrice), catturò questa dualità: Warhol definì la diva come l'emblema di una bellezza irresistibile e, contestualmente, di una profonda tragedia personale.

L'opera ritrae Marilyn come un prodotto della nascente cultura di massa e della società consumistica americana, un'immagine destinata a essere rapidamente diffusa ed a svanire altrettanto rapidamente. I colori accesi in contrasto con le sezioni sbiadite simboleggiano in modo potente la dicotomia tra l'immagine pubblica scintillante e la vulnerabilità psichica sottostante, evidenziando la natura effimera e mercificata della celebrità [9].

La costruzione del personaggio Marilyn Monroe rispondeva dunque a un meccanismo compensatorio complesso, incarnando la “volontà di potenza” di Norma Jeane e il desiderio di affermazione onnipotente (il proposito di diventare la donna più pagata e desiderata del mondo) [1, 9].

Tuttavia, come acutamente osservato dal suo terzo marito, il drammaturgo Arthur Miller, questo Falso Sé era insufficiente: “*restava ai lati della strada come un poeta, ma la gente voleva solo strapparle i vestiti di dosso*” (8, p. 13), indicando la persistente oggettivazione e la mancata ricerca della persona dietro il mito.

Il fantasma di Norma Jeane, mai integrato, persisteva all'interno di Marilyn. La diva stessa lo riconobbe lucidamente nel 1954: *"Quella bambina triste e amareggiata, cresciuta troppo in fretta, non è mai uscita dal mio cuore. Lei continua a dire 'Non sono mai vissuta, non sono mai stata amata' e spesso mi confondo e penso di essere io a dirlo."* (9, p. 34). Questo passaggio evidenzia la non-soluzione della scissione e la persistente esperienza di alienazione del Sé.

III. *Temi conflittuali in Marilyn Monroe e l'ultimo tentativo di risoluzione: Zelda Zonk*

L'angoscia si estendeva in modo drammatico al tema della generatività. Il desiderio di maternità in Marilyn era profondamente conflittuale e bloccato, amplificato non solo dalle condizioni fisiche (come l'endometriosi, all'epoca non ancora identificata dai medici) e dalle condotte di vita sregolate (talvolta indotte da partner influenti), ma soprattutto dal terrore di replicare il suo trauma infantile [9].

La paura non era di dare alla luce un bambino, ma di generare *"un'altra me stessa, un'altra Norma Jeane all'orfanotrofio."* (9, p. 46). La sua incapacità di mentalizzare il proprio corpo e la propria funzione generativa si rifletteva in una serie di eventi traumatici che il corpo agiva (endometriosi, aborti spontanei/indotti, gravidanze isteriche) [9], trasformandolo in un teatro di somatizzazione di stati mentali intollerabili. Questa impossibilità di sintesi tra la non-generatività e la messa al mondo di qualcosa di nuovo manteneva salda l'identità basata sulla vergogna e sulla rabbia compensatoria.

L'ossessione di Marilyn per la nudità, espressa nei sogni e nelle condotte private [9], si configura come un agito controfobico. Secondo la teoria freudiana, sognare di essere nudi in pubblico simboleggia la paura di essere "smascherati" nella propria fragilità. Per Marilyn, l'atto di mostrarsi nuda in modo provocatorio era un tentativo di padroneggiare la vergogna e di esorcizzare il timore del disvelamento: se si esponeva volontariamente e per prima, neutralizzava la minaccia che la sua vulnerabilità fosse svelata dagli altri.

Il corpo femminile sessualizzato divenne così un complesso strumento di emancipazione dalla bambina insignificante e, contemporaneamente, il teatro delle sue angosce più profonde, agendo quei vissuti che la mente non riusciva a elaborare. La sua seduttività non era primariamente un atto di piacere, ma una ricerca di sicurezza e contenimento, come si evince dal suo bisogno di sentirsi desiderata per sentirsi al sicuro.

L'analisi dei rapporti matrimoniali e affettivi di Marilyn suggerisce un complesso edipico non risolto e una ricerca costante di figure che potessero offrirle quel contenimento e quella sicurezza emotiva mai ricevuti. Dal primo matrimonio (contratto per sfuggire all'orfanotrofio) alle unioni con figure di spicco, come il campione di baseball Joe Di Maggio (che in sé unisce due "emblemi" o "dei", dello sport e del cinema) e il drammaturgo Arthur Miller, possono essere lette come tentativi di elevazione (sociale,

culturale) e di acquisizione di una figura autorevole e acculturata che potesse fornire una struttura e un senso di prestigio, compensando il deficit narcisistico e culturale percepito (nonostante l'autonomia intellettuale che Marilyn aveva sviluppato) [9].

L'ultimo "personaggio" impersonato da Norma Jeane, Zelda Zonk (le cui iniziali, l'ultima lettera dell'alfabeto, simboleggiano l'inconsistenza e la necessità di scomparire), rappresenta l'ultimo tentativo disperato della donna di sfuggire dai clamori di Marilyn Monroe e dalla narrazione scintillante. Costituisce un sotterfugio, basato sull'anonimato, per scappare dalla celebrità alternando due parti di sé scisse (l'anonima Norma Jeane e la sfavillante e faticosa Marilyn Monroe), che di fatto sancisce l'ennesimo tentativo di sopprimere la parte di sé più autentica e fragile.

IV. *Hollywood e la psicoanalisi*

Il contesto di Hollywood si rivelò infatti un ambiente altamente complesso, caratterizzato da stretti legami tra l'industria cinematografica, il potere politico/culturale e le strutture sanitarie psichiatriche. Le major cinematografiche caldeggiavano e finanziavano la somministrazione massiccia di psicofarmaci e il ricorso agli psicoanalisti per garantire la disponibilità e la performance costante degli attori. L'obiettivo primario era la produzione, non la salute mentale. In questo ambiente, anche la risposta al disagio psicologico cronico prevedeva l'istituzionalizzazione della farmacologia e dell'alcol come meccanismi di coping disfunzionale [3, 7].

Marilyn fu introdotta dall'insegnante di recitazione Lee Strasberg alla psicoanalisi: secondo lui, il metodo di recitazione che l'attrice stava sperimentando non si sarebbe rivelato efficace a meno che lei non avesse sbloccato le emozioni relegate nel suo inconscio; un attore, nella concezione dell'epoca, avrebbe potuto riprodurre fedelmente i diversi stati emotivi allorché fosse riuscito a ricondurli alla propria storia ed esperienza affettiva [9].

Il modo in cui si è ricorso alla tecnica psicoanalitica e quello in cui essa si è intrecciata con gli affari e la politica poco hanno avuto a che vedere con la psiche. Gli psicoanalisti ricoprivano posizioni importanti negli ambienti cinematografici, a volte veri e propri consulenti delle case cinematografiche e delle sceneggiature prodotte⁽¹⁾.

In quegli anni, la psicoanalisi era quindi di moda a Hollywood: attori, attrici, registi, operatori del mondo cinematografico erano in analisi presso psicoanalisti famosi che risiedevano nelle zone più ricche di Los Angeles [9].

(1) Gli adleriani Otto e Gina Kaus fecero parte della ben organizzata comunità hollywoodiana ed al cinema sarebbe sicuramente approdato anche lo stesso Adler se non fosse prematuramente scomparso (Hoffmann, E., 1944, *The Drive of Self*, Addison Wesley, Reading) [N.d.R.]

Marilyn fu curata da cinque psicoanalisti [7]: Margaret Herz Hohenberg, Anna Freud, Marianne Rie Kris, Ralph S. Greenson e Milton Wexler (frequentato solo per poche sedute quando Greenson si era recato in un viaggio in Europa); frequentò sedute ad altissima frequenza (fino a cinque volte a settimana) e ricorse agli psicofarmaci fin dalla prima esperienza (avvenuta nel 1955).

Già in questa occasione si verificò la prima anomalia terapeutica: la Hohenberg partì da New York per raggiungere Marilyn a Londra e ristabilire il suo equilibrio psichico dopo una lite con il terzo marito. La stessa Hohenberg le suggerì di continuare la terapia con Anna Freud, che utilizzò il gioco delle biglie e che le riportò una diagnosi di persona *“emotivamente instabile, fortemente impulsiva, bisognosa di continue approvazioni, paranoide con tratti schizofrenici.”* (7, p. 16).

Una volta ristabilitasi, dopo due settimane, Marilyn tornò a New York e iniziò le sedute con la dottoressa Kris, amica, oltre che di Anna Freud, dei coniugi Strasberg che abitavano nello stesso palazzo della psicoanalista. Anche in questo caso, le sedute si tenevano cinque volte a settimana, con il fine di scavare nel passato dell'attrice facendola riaffiorare i traumi e confrontandosi con le figure genitoriali.

Questo continuo ricorso all'infanzia (fittizia) procurava in Marilyn ansia e insicurezza, vissuti che venivano amplificati ulteriormente quando, una volta terminate le sedute, si recava nell'appartamento degli Strasberg: qui le venivano proposti esercizi di identificazione emotiva con personaggi di età infantile che non facevano altro che ricordarle il suo passato (ad esempio, il ruolo della bambina affamata o dell'orfana triste e sola). Per tollerare l'angoscia che faceva seguito a queste sessioni, Marilyn ricorreva a massicce dosi di psicofarmaci.

Fu la stessa dottoressa Kris a suggerire a Marilyn, in seguito a una crisi psicotica avvenuta nel 1960 generata dalle tensioni professionali e coniugali, di frequentare il dottor Greenson, psichiatra e psicoanalista freudiano di Los Angeles, che affiancava alla tecnica psicoanalitica ortodossa la terapia farmacologica. Marilyn incominciò a frequentare assiduamente il dottore quando si trovava sulla costa californiana: alla sua governante raccontava di aver trovato il suo “Gesù” [3, 5, 7].

La fragilità emotiva dell'attrice unita alla costante ritraumatizzazione a cui era sottoposta, insieme alle variabili circostanziali che l'avevano sconvolta, determinarono in lei un crollo psicotico (che si manifestò con il rifiuto di uscire di casa e ritiro sociale). Ne fece seguito l'episodio del ricovero, disposto dalla Kris, in una struttura psichiatrica (con diagnosi di persona profondamente disturbata e potenzialmente autodistruttiva), con annesso isolamento e camicia di forza; fu la tragica realizzazione dell'incubo della sua infanzia: il destino della madre.

Questo evento accentuò la sua frustrazione verso le figure femminili terapeutiche. Se le psicoanaliste rappresentarono infatti per Marilyn ulteriori figure femminili abbandoniche nella sua storia, il dottor Greenson rappresentò quella maschile e paterna che non aveva mai avuto: fu lui che le permise di realizzare il suo sogno di vivere in famiglia [3, 5, 7].

Il rapporto con Greenson si trasformò rapidamente in una dipendenza totalizzante: sedute lunghe e frequentissime (fino a due volte al giorno per cinque ore consecutive), telefonate fuori dalle sedute, coinvolgimento nella vita personale di Marilyn, e l'inserimento in quella che fu percepita come una “famiglia adottiva” (i Greenson appunto). L'interferenza di Greenson nella vita quotidiana (tra cui la raccomandazione di una governante con funzione di referente) e il suo legame con l'industria (era pagato da Hollywood per assicurare la compliance contrattuale di Marilyn) sollevano importanti questioni etiche sul confine terapeutico e sull'uso della cura a fini non strettamente clinici [3, 5, 7].

In conclusione, l'uso strumentale della psicoanalisi e la sua integrazione in una rete di interessi politico-culturali e imprenditoriali subordinarono il benessere psichico della paziente alle esigenze di performance e produzione dell'industria. La sua condotta autodistruttiva, sebbene alimentata da profonde ferite interne, fu tragicamente amplificata da un sistema che prometteva la cura ma finiva per patologizzare e consumare la sua vulnerabilità.

V. Le famiglie, fallimentari, di Marilyn

Nonostante il successo e la celebrità, ogni struttura relazionale sostitutiva (dai matrimoni alle “famiglie” professionali e terapeutiche) replicò inevitabilmente i pattern relazionali d'origine, rivelandosi disfunzionale, maltrattante e, in definitiva, abbandonica. Il percorso esistenziale di Marilyn Monroe è segnato da una ricerca incessante di appartenenza e contenimento che si estende ben oltre le figure genitoriali naturali.

Nel corso della sua vita, si stima che abbia vissuto in oltre dieci diverse famiglie affidatarie o contesti istituzionali (una sequenza di “non-famiglie”) prima di tentare di costruirne di proprie attraverso i matrimoni e, in modo sostitutivo, attraverso i legami con l'industria cinematografica e l'ambiente psicoanalitico. Queste famiglie surrogate, come la cerchia degli Strasberg e figure terapeutiche come Marianne Rie Kris, pur offrendo inizialmente un senso di vicinanza, si sono tragicamente rivelate anch'esse abbandoniche a livello emotivo e psichico.

L'investimento era condizionato e parziale, incapace di abbracciare la complessità dell'individuo: non sono riuscite a integrare la “bambina Norma Jeane” sofferente con la “professionista di successo Marilyn”.

La disperata necessità di contenimento da parte di Marilyn fu purtroppo soddisfatta attraverso modalità controllanti, iper-intrusive e mai autenticamente empatiche. L'industria e, per riflesso, parte della rete terapeutica, le fornirono un contenimento rigidamente funzionale alle sue performance. Quando la sua fragilità minacciava tale funzionalità, il sollievo era offerto attraverso gli psicofarmaci; quando questi non bastavano, si ricorreva alla limitazione fisica (come la camicia di forza durante il ricovero). Questa sequenza – parola inefficace, farmaco, restrizione fisica – costituisce il contenimento ultimo e traumatico che le fu restituito [6, 9].

La rievocazione sistematica dei traumi di Norma Jeane durante gli esercizi di recitazione e in alcune analisi, sebbene fosse presentata come un *modus operandi* terapeutico, divenne uno strumento funzionale al ruolo professionale e alla sua efficacia scenica. Le sistematiche violazioni del setting (da parte sia degli analisti che dell'attrice, in un rapporto di dipendenza reciproca) non fecero altro che aggravare la sua instabilità. Ciò di cui Marilyn necessitava era un setting solido e rassicurante, capace di offrire una base sicura per l'integrazione del Sé.

L'errore cruciale di tutto il sistema (sociale, professionale e terapeutico) fu il mantenere in piedi a ogni costo l'immagine della Monroe, ostacolando il tentativo di far pace con la ferita interna della bambina sofferente.

VI. *Una nuova prospettiva sulla persona*

Un approccio terapeutico orientato alle risorse avrebbe colto la necessità di sedare la vergogna non con la repressione, ma con la valorizzazione delle sue spinte vitali. L'iper-compensazione di Marilyn – il suo desiderio ostinato di affrancarsi dalla miseria e l'ambizione di essere l'attrice più pagata di Hollywood e la donna più amata dal mondo – non fu solo una nevrosi, ma una risorsa funzionale e una manifestazione di Volontà di Potenza [1].

Sarebbe stato cruciale sostenere e apprezzare le sue risorse cognitive e culturali: il suo desiderio di cultura, il talento letterario e artistico, e l'ostinata frequentazione di musei e la costruzione di una biblioteca personale (oltre 800 volumi), un tentativo autonomo di colmare la “povertà culturale” della sua infanzia [9]. In questa spinta all'affermazione vi era il profondo desiderio di far parte di una “famiglia” che accettasse ogni membro, svestito dagli abiti di scena.

Il suo sentimento sociale (ne sono esempi gli episodi di generosità verso Aretha Franklin, l'autentica amicizia con Jane Russel, le donazioni agli orfanotrofi) [9], sebbene funzionale a una ricerca di stima e al desiderio di visibilità, rappresentava un potenziale di generatività che, se incoraggiato, avrebbe potuto fungere da risorsa di resilienza e integrazione.

Forse, Norma avrebbe potuto essere incoraggiata e sostenuta nel cambiamento rinforzando le sue risorse, integrando le fragilità, autorizzandosi a sperimentarsi in altre strade che le avrebbero consentito di sentirsi generativa, se non a livello personale almeno nell'ambito lavorativo.

Marilyn è morta senza percepire di essere qualcosa oltre la sua maschera, in un contesto in cui i fattori di resilienza non sono stati supportati, alimentando la convinzione di essere stata, per sua stessa ammissione, una “non-persona” e che l'unica possibilità di esistere fosse “fare qualcun altro” [2] (9, p. 58). Sebbene non sia possibile escludere che la sua organizzazione borderline e l'ingombrante eredità psichica familiare la rendessero vulnerabile a crisi ricorrenti, il mondo, la politica, l'industria e persino i terapeuti non hanno saputo o voluto vedere la persona oltre il personaggio.

Con la sua morte, il mondo perdeva l'icona, il pubblico faceva i conti con una realtà dolorosa e inaspettata, la politica vedeva allontanarsi il pericolo di uno scandalo, e il dott. Greenson (sebbene mai completamente) vedeva allontanarsi il peso di una paziente ingombrante, se non inguaribile. Ma ciò non ha reso possibile il liberarsi dal fantasma di Norma Jeane, la cui sofferenza continuò a risuonare nelle vite di tutti. Una rappresentazione stereotipata della diva era forse la soluzione più comoda ed immediata.

Il nostro compito oggi, come professionisti, non è quello di vederla solo come una vittima dello show business – perpetuando la violenza nel vittimizzarla – ma di cogliere la sua grandezza e la sua luce, che forse disturbava proprio per la sua intensità e autenticità: la continua rievocazione del trauma non ha fatto altro che solidificare la narrazione di sé come vittima, ma, se fosse stata solo tale, probabilmente la figura di Marilyn sarebbe stata abortita più facilmente.

L'eredità di Marilyn Monroe ci impone una riflessione etica e clinica: l'utilizzare la sua storia come monito a scorgere sempre la luce, le risorse e la persona al di là del personaggio, del sintomo, o della diagnosi. La deformazione operata dai mass media, dal suo contesto e da se stessa, riteniamo debba essere superata a favore di un, sebbene tardivo, rispecchiamento che contempli la profondità di una donna stra-ordinaria. Questo è l'unico modo per renderle, post-mortem, la giustizia umana e clinica che le è stata negata in vita.

Bibliografia e Sitografia

1. ADLER, A. (1927), *Menschenkenntnis*, tr. it. *La conoscenza dell'uomo nella Psicologia Individuale*, Grandi tascabili economici Newton, Roma 1994.
2. DE CESARE, L., SANGIOVANNI, E., DI LORENZO, M., MAGGIOLINI, A. (2018), “Sarò l’attrice più pagata di Hollywood”: L’ultima notte di Marilyn Monroe tra speranze e indicatori di rischio suicidario, *Rivista Minotauro*, 1(4): 35-45.
3. FARBER, S., GREEN, M. (1993), *Hollywood on the Couch: A Candid Look at the Overheated Love Affair between Psychiatrists and Moviemakers*, William Morrow & Co, New York City.
4. GREEN, A. (1983), La madre morta, in GREEN, A. (1983), *Narcissisme de Vie, Narcissisme de Mort*, tr. it. *Narcisismo di vita, narcisismo di morte*, Raffaello Cortina, Milano 2018, pp.221-254.
5. GREEN, A. (2011), *Illusions and Disillusions of Psychoanalytic Work*, tr. it. *Illusioni e disillusioni del lavoro psicoanalitico*, Raffaello Cortina, Milano 2011.
6. MACHADO, R. L., DE ABREU, K. H., MARTINI, I. I. (2015), A vida de Marilyn Monroe a partir da teoria do amadurecimento pessoal de Winnicott, *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*. Recuperato da <https://es.scribd.com/document/859836231/15-11-24-CATALOGO-ACTUAL-DE-PRODUCTOS-PEPSICO>
7. MECACCI, L. (2022), *Il caso Marilyn M. e altri disastri della psicoanalisi*, Gius. Laterza & Figli, Roma.
8. MONROE, M. (2010), *Fragments: Poems, Intimate Notes, Letters*, tr. it. *Frammenti: Poesie, appunti e lettere* (BUCHTHAL, S., COMMENT, B., a cura di), Feltrinelli, Milano 2010.
9. SUMMERS, A. (1985), *Goddess: The Secret Lives of Marilyn Monroe*, tr. it. *Dea: Le vite segrete di Marilyn Monroe*, La nave di Teseo, Milano 2022

“Mi guardano ma non vedono chi sono realmente, e anche se mi guardano non sono in grado di vedere”: resoconto di una esperienza di mentoring

CLAUDIA CORBELLI, MANUELA STRATI

Summary – “THEY LOOK AT ME, BUT THEY DO NOT SEE WHO I REALLY AM, AND EVEN IF THEY LOOK AT ME, THEY CANNOT SEE”: REPORT OF A MENTORING EXPERIENCE. Since its very beginnings, Adlerian theory has been rich in psychopedagogical considerations, which are very current in today’s school context, despite being decades old. The tendency to consider a boy or a girl not for their singular individual acts, but from a wider point of view that takes into consideration their totality, the unity of personality, requires, as Adler stated, a psychological intuition. It is from this very premise that mentoring and guidance projects that aim to contrast early school leaving in a lower secondary school in Reggio Emilia have been developed. This is what we would like to narrate in this . The group, consisting of 12 psychologists, psychotherapists or psychotherapists in training, has managed 25 paths addressed to 25 students from different classes (1st grade, 2nd grade, 3rd grade), for a total of 500 hours. The school coordinators’ idea, even a bit magical, was to reach thanks to this project, with selected students, didactic objectives that could have “fixed” these young people’s functioning, to transform them from inadequate to adequate inside their class group. This required sharing in multiple moments, with their teachers, of the meaning and the perspective we proposed, that was: a process to encourage the students that allowed them to have more trust towards themselves and their peers, focusing on themselves and their uniqueness. At the end of this experience we have collected multiple reflections, but we will focus, as stated before, on the relationship with the students part of the intervention and their class group in the several phases of this project.

Keywords: MENTORING, GUIDANCE, EARLY SCHOOL LEAVE, PSYCHOPEDAGOGY, LIFESTYLE, UNITY OF PERSONALITY, INDIVIDUAL UNIQUENESS

Abstract – “MI GUARDANO MA NON VEDONO CHI SONO REALMENTE, E ANCHE SE MI GUARDANO NON SONO IN GRADO DI VEDERE”: RESOCONTO DI UNA ESPERIENZA DI MENTORING. La teoria adleriana è ricca, sin dalle sue origini, di riflessioni in ambito psicopedagogico che, pur risalendo a molti decenni fa, sono di estrema attualità anche nel contesto scolastico attuale. La tensione a considerare un ragazzo o una ragazza non sulla base di singoli atti individuali ma con una visione più ampia che prenda in considerazione il tutto, l’unità di personalità, richiede, come affermava Adler, una intuizione psicologica. È proprio da questo presupposto che si è sviluppata la progettazione di percorsi di mentoring e orientamento finalizzati al contrasto della dispersione scolastica in una scuola secondaria di primo grado di Reggio Emilia che vorremmo raccontare in questo intervento. Il gruppo di lavoro composto da 12 psicologhe/psicologi, psicoterapeuti o psicoterapeuti in formazione, ha gestito 25 percorsi destinati a 25 allievi di differenti classi (1^a, 2^a, 3^a) per un totale di 500 ore. L’idea, anche un po’ magica, da parte del coordinamento scolastico era di raggiungere, attraverso questo progetto, con gli allievi individuati, obiettivi didattici che avessero potuto “aggiustare” il funzionamento di questi ragazzi, in modo da renderli da ina-

“Mi guardano ma non vedono chi sono realmente, e anche se mi guardano non sono in grado di vedere”:
resoconto di una esperienza di mentoring 225

deguati ad adeguati all'interno del gruppo classe. Questo ha richiesto la condivisione in più momenti, con gli insegnanti, del senso e della prospettiva che proponevamo e cioè: un processo di incoraggiamento che consentisse agli allievi una maggior fiducia verso sé stessi e verso gli altri compagni di classe mettendo al centro loro stessi e la loro unicità. Molte sono le riflessioni scaturite al termine di questa esperienza ma qui ci concentreremo, per quanto detto precedentemente, sulla relazione con gli allievi oggetto dell'intervento e con il gruppo classe nelle varie fasi del progetto.

Parole chiave: MENTORING, ORIENTAMENTO, DISPERSIONE SCOLASTICA, PSICOPEDAGOGIA, STILE DI VITA, UNITÀ DI PERSONALITÀ, UNICITÀ DELL'INDIVIDUO

Premessa

Il nostro intento è quello di condividere l'esperienza che abbiamo pensato, progettato e realizzato in una scuola secondaria di primo grado di Reggio Emilia, città in cui viviamo e lavoriamo.

La proposta ricevuta dall'Istituto Adler di Reggio Emilia è stata quella di realizzare percorsi di mentoring ed orientamento finalizzati a contrastare la dispersione scolastica per allievi in condizione di particolare fragilità e a rischio di abbandono scolastico. Prima di passare al racconto dell'esperienza ci sembra importante condividere il contesto in cui abbiamo lavorato. Presentandoci l'Istituto il Dirigente lo ha descritto come una “scuola di frontiera”, una scuola ad alta densità migratoria, in cui si incrociano sui banchi e nei corridoi le provenienze più diverse: dalla Cina alla Romania, dal Marocco all'Albania, dalla Tunisia all'Ucraina.

Collocato in una zona della città alle spalle della stazione ferroviaria, accoglie allievi di prima e di seconda generazione, spesso con scarsa conoscenza della lingua italiana. In molti casi la famiglia, quando c'è, è lontana dal sistema scolastico, non partecipa alle iniziative proposte dalla scuola e spesso non si presenta ai colloqui richiesti individualmente dagli insegnanti; in altri casi si ripropone la difficoltà di comunicare a causa della lingua o si presentano barriere culturali che ostacolano una fattiva collaborazione nel perseguire un obiettivo educativo comune.

Per poter comprendere le varie fasi e le specifiche modalità attuate è necessario fare una premessa sul concetto di Mentoring.

Il Mentoring è un percorso di crescita e condivisione di conoscenze tra mentor e mentee, caratterizzato da una relazione basata sulla fiducia e da obiettivi condivisi, rispetto, autenticità e dialogo, che creano un ambiente sicuro per la crescita.

Strumento caratterizzato principalmente da una relazione “uno a uno” che permette allo studente di sperimentare un rapporto personale intimo e reciproco, nel quale un adulto “competente” e “significativo” mette l'altro nelle condizioni di acquisire consapevolezza e fiducia per sviluppare le proprie risorse.

Esso elicitava nei ragazzi un maggiore interesse per la scuola, gli permette di diventare più efficienti e di sviluppare un atteggiamento più positivo, allo stesso tempo diminuisce le probabilità che si allontanino da questo ambiente per avvicinarsi a condotte a rischio.

Il mentoring in ambito educativo è stato sperimentato in America alla fine degli anni 80 dove, a seguito dell'innalzamento preoccupante del tasso di abbandono scolastico nello Stato di New York, si era cercata una strategia che incoraggiasse i bambini/ragazzi a non lasciare la scuola. Il New York State Mentoring Program ha visto il coinvolgimento di soggetti che frequentavano la scuola materna ma ha riguardato studenti fino ai 14 anni di età. Il programma enfatizzava un approccio "cooperativo", dove genitori, insegnanti e mentor collaborano per una crescita sana dei ragazzi. Se uno di questi protagonisti è assente o disfunzionale, il bambino ha maggiori probabilità di avere una cattiva performance scolastica, di compiere scelte sbagliate e di non raggiungere pienamente il proprio potenziale.

La scoperta dell'efficacia di queste relazioni e gli effetti benefici riscontrati, hanno portato, a partire dagli anni 80, ad impostare programmi di Mentoring strutturati con l'obiettivo principale di ridurre l'abbandono scolastico.

Il Mentoring, rivolgendosi a bambini e preadolescenti che presentano delle difficoltà, cerca di evitare che queste si stabilizzino nel tempo e che inneschino problematiche più complesse in adolescenza ed in età adulta.

La scuola è il contesto dove vengono realizzati la maggior parte dei programmi di Mentoring in Italia e all'estero perché offre una risposta concreta e diventa modello di azione creativa, rispetto alle tradizionali modalità di intervento. A livello individuale si propone di lavorare sulle competenze, abilità e risorse dell'individuo, per renderlo più capace di affrontare in modo adeguato le relazioni nei diversi contesti di vita e di risolvere in modo efficace i problemi.

Gli obiettivi del Mentoring sono rintracciabili quindi non solo nel prevenire l'abbandono scolastico, ma anche nello sviluppare competenze, aumentare la motivazione e l'impegno, migliorare l'autostima e la consapevolezza di sé, creare un ponte tra scuola e futuro.

Partendo dunque da questo modello di intervento e dai risultati degli studi sulla sua applicazione abbiamo avviato una riflessione critica per adattarlo, con uno sguardo che è quello della nostra professione, al contesto sociale che abbiamo descritto in precedenza e alle caratteristiche del progetto stesso che ci avrebbero permesso di accompagnare questi ragazzi solo per un breve tratto di vita.

“Mi guardano ma non vedono chi sono realmente, e anche se mi guardano non sono in grado di vedere”:
resoconto di una esperienza di mentoring 227

Il gruppo di lavoro che si è costituito era composto da 12 psicologhe/psicologi, psicoterapeuti o psicoterapeuti in formazione ad orientamento adleriano, ed ha gestito 25 percorsi destinati a 25 allievi di differenti classi (1^a, 2^a, 3^a) della scuola per un totale di 500 ore.

La progettazione è stata una progettazione condivisa con tutto il gruppo di lavoro che si è costituito e che con costanza, periodicamente si è confrontato in tutte le fasi del progetto, questo ci ha permesso di sviluppare un pensiero di gruppo fortemente orientato a realizzare un intervento il più possibile personalizzato e calato nella realtà in cui ci siamo trovati ad operare.

Fatta questa premessa abbiamo condiviso da subito, che la progettazione dell'intervento dovesse avere delle direttrici comuni su cui dovevamo convergere: mettere al centro l'individualità di ogni singolo ragazzo o ragazza partendo dall'osservazione del suo stare in classe all'interno di un sistema di relazioni e di dinamiche condivise. A scuola può succedere che gli atti individuali prevalgano nella costruzione dell'idea che ci si forma su un allievo e che questo interferisca sulla possibilità di adottare una visione più ampia che prenda in considerazione il tutto, l'unità di personalità appunto.

I. Il progetto

Nel mese di Novembre 2024 si è costituito il gruppo di lavoro dell'Istituto che, incontrandosi regolarmente nei mesi successivi, ha formulato una proposta da condividere con i Referenti della Scuola: il dirigente scolastico e i docenti coinvolti nel progetto. Dal mese di marzo 2025 sono iniziati gli incontri nelle classi. Dopo un primo momento di osservazione per adattare la progettazione alle specificità degli allievi individuati dal corpo docente, sono state proposte attività che hanno coinvolto in prima istanza tutta la classe per cercare di dare un senso all'intervento anche a chi non era stato individuato dalla scuola come destinatario e per evitare che questa scelta fosse vissuta come stigmatizzante sia per la classe che per i ragazzi interessati.

L'osservazione in classe da parte dei mentor aveva come obiettivo avviare una conoscenza degli allievi destinatari dell'intervento e delle dinamiche relazionali con gli altri ragazzi per adattare il più possibile il percorso sul singolo alle sue caratteristiche individuali, utilizzando poi una metodologia che prevedesse momenti con il grande gruppo, con un gruppo più ristretto e momenti invece individuali.

In linea generale il gruppo che lavorava sul progetto, pur nella consapevolezza di dover fortemente adattare l'intervento al singolo, ha individuato nel tema della costruzione dell'identità il filo conduttore del lavoro declinandolo secondo alcune linee direttrici, tra cui: le identificazioni, la storia culturale di provenienza e di integrazione.

La metodologia utilizzata ha previsto attività che, come dicevamo, hanno coinvolto il gruppo classe, un piccolo gruppo di allievi e i singoli studenti destinatari del progetto tramite il “gioco”, l’utilizzo di strumenti audiovisivi, il mezzo artistico nelle sue varie accezioni, nonché il dialogo tra i partecipanti.

Il percorso si è strutturato nei seguenti momenti che hanno previsto un numero differente di ore a seconda della lettura del contesto e delle relazioni osservate dai mentor nelle singole classi:

1. Presentazione del progetto al gruppo classe

La presentazione al gruppo classe è stata pensata, con l’obiettivo di esplorare in modo trasversale il tema dell’identità, nelle sue diverse dimensioni: personale, corporea, culturale, familiare e di gruppo.

Questo lavoro iniziale con la classe è stato ritenuto funzionale a tre obiettivi principali: suscitare la curiosità e l’interesse degli alunni; creare un clima di vicinanza e fiducia nei confronti dei mentor e degli studenti destinatari del progetto, evitando che questi si sentissero oggetto di un’attenzione esclusiva o stigmatizzante; favorire la futura cooperazione e partecipazione al percorso.

2. Osservazione in classe

La finalità era quella di osservare l’alunno all’interno del contesto, approfondire le dinamiche interne al gruppo e le modalità relazionali con i loro pari e i docenti, ponendo attenzione ad una serie di criteri individuati in fase di progettazione, finalizzati a rilevare punti di forza e aree di fragilità, così da progettare interventi il più possibile individualizzati.

Per far sì che la figura del mentor fosse percepita come una presenza accogliente, non intrusiva né giudicante, sono state utilizzate attività volte alla reciproca conoscenza, seguite dalla partecipazione dei mentor alla quotidianità scolastica, attraverso la presenza alle lezioni e ad altri momenti significativi della vita della classe.

3. Intervento in sottogruppo

Il percorso ha previsto attività in sottogruppo, svolte al di fuori del contesto classe, che hanno coinvolto gli studenti destinatari del mentoring e, a discrezione dei mentor, anche altri compagni della classe. Le attività si sono focalizzate sul tema dell’identificazione, intesa come il processo psicologico attraverso cui il soggetto interiorizza tratti, caratteristiche o funzioni osservate negli altri, in un percorso fondamentale per la costruzione della propria identità personale.

“Mi guardano ma non vedono chi sono realmente, e anche se mi guardano non sono in grado di vedere”:
resoconto di una esperienza di mentoring 229

4. Colloqui individuali con gli studenti destinatari del progetto

Infine, il percorso ha previsto incontri individuali tra mentor e mente, dedicati all'approfondimento delle tematiche emerse nelle fasi precedenti e alla riflessione personale sui contenuti affrontati, con particolare attenzione al tema dell'identità e alla valorizzazione delle risorse personali.

II. *Riflessioni sull'esperienza*

Adler diceva “La scuola non deve considerarsi come fine a se stessa, ma deve tener presente che bisogna preparare l'individuo per la società e non per la scuola”.

È a partire da questa considerazione che prende forma e significato il nostro intervento, che ha puntato a focalizzare l'attenzione sul fatto che la programmazione educativa e didattica nella scuola dovrebbero mirare al conseguimento di obiettivi fortemente individualizzati che tengano conto dei loro livelli di partenza, delle possibilità reali di apprendimento e della motivazione, anche attraverso l'utilizzo di tecniche di incoraggiamento e di conduzione della classe considerata nella sua globalità. Per fare ciò è necessaria una conoscenza profonda dei ragazzi e del loro stile di vita.

Il nostro ruolo come Mentor è stato orientato sin dalla progettazione a facilitare la conoscenza degli studenti nella unità della loro personalità, attivando strategie sul singolo che permettessero di non scoraggiarsi a scuola o di ritrovare la fiducia in sé in modo da poter riconoscere anche i propri ambiti di competenza.

Allo stesso tempo abbiamo cercato di stimolare anche nel gruppo classe la curiosità verso l'altro allargando lo sguardo alle storie personali, spesso sconosciute, dei singoli. Attraverso un momento di gioco in cui veniva chiesto loro di “fare un passo avanti se...” e condividere aspetti personali e di storia familiare, ad esempio, si è attivato un processo di conoscenza messo in moto dall'ascolto reciproco e dalla curiosità, che ha permesso loro di vedere nell'altro una storia più simile alla propria favorendo una maggior inclusione nel gruppo.

Ci ha colpito lo stupore di alcuni che al racconto di come era composta la famiglia del proprio compagno si sono riconosciuti perché simile alla loro e ciò è avvenuto anche tra chi era maggiormente inserito nel gruppo classe nei confronti di chi invece non lo era accorciando le distanze tra di loro. Questo processo di scambi conoscitivi ha offerto lo spunto per aprire la strada ad una nuova modalità di stare con gli altri con spirito di solidarietà.

I colloqui e le attività in sottogruppo hanno permesso ai ragazzi coinvolti di sperimentare quale tra i possibili canali percettivi fosse quello che gli permettesse maggiormente di esprimersi con il fine ultimo di sentirsi più capaci di affrontare la vita in maniera cooperativa e coraggiosa.

I ragazzi hanno avuto modo di sperimentare, in alcuni momenti, cosa significhi sentirsi parte di una comunità, sentirsi accolti, ascoltati e visti e ciò ha permesso loro di poter esprimere i propri vissuti e i propri desideri.

In un ambiente educativo in cui le proposte progettuali sono molteplici ma prevalentemente orientate al raggiungimento di obiettivi didattici, quindi alla performance, è alto il rischio che gli studenti “difficili”, si scoraggino e si allontanino dalla scuola, demotivati perché viene loro restituita un'immagine parziale di sé, che riflette principalmente le loro difficoltà e mette in ombra le loro risorse. Il rischio è che aumenti il divario tra loro e la società che li accoglie che, in questo modo, tiene poco in considerazione le attitudini individuali che il loro senso di sé potrebbe esprimere.

Abbiamo avuto modo di vedere come alcuni “comportamenti” disfunzionali nel gruppo classe, che portano a mantenere “lo stigma” della dispercezione sul singolo come soggetto “incapace”, se valorizzati come risorsa diventano invece stimolo e guida per facilitare una percezione di sé altra e “capace” e favorire gli apprendimenti.

Grazie alle attività in sottogruppo, che vedevano il coinvolgimento non solo degli studenti selezionati, ma anche di quegli studenti considerati più “disturbanti” dal docente in classe, abbiamo avuto modo di osservare come, chi si sente percepito come incapace persista nel mantenere tale dispercezione nel ripetere comportamenti che non favoriscono la sua integrazione nel gruppo; se inserito, invece, in un contesto in cui il senso di sé sia ancora da costruire ex novo, attivi modalità comportamentali differenti e decisamente più costruttive, collaborative e cooperative.

È il caso di D., studente albanese, con la famiglia in parte in Italia e in parte nel paese di origine che, nel fine settimana, tornava spesso in Albania rientrando il lunedì direttamente a scuola con uno zainetto quasi vuoto, senza aver fatto i compiti e senza materiale didattico ma con l'immane pezzetto di carta che sventolava al docente come “giustifica”, generando in lui fastidio e irritazione. In classe manifestava comportamenti fortemente disfunzionali: faticava a stare seduto, cercava in ogni modo di coinvolgere altri nel suo distrarsi anche chiamandoli con urla e gesti da una parte all'altra dell'aula, richiamando costantemente l'attenzione del docente su di sé, comportamenti che quindi lo rendevano un elemento di disturbo nella classe e che toglievano tranquillità allo svolgimento delle normali attività quotidiane.

Nei momenti di sottogruppo, incoraggiato a guidare i compagni di lavoro, in una delle attività proposte, ha avuto la possibilità di sentirsi al centro ed essere visto utilizzando la sua vivacità ed esuberanza in modo creativo e utile a sé e agli altri in senso cooperativo e collaborativo. Nelle riflessioni, a conclusione dell'attività, le sue parole sono state: “io non sono solo quello che disturba in classe ma lì sento di dover essere così perché gli altri mi vedono solo così, e non ho alternative.”

“Mi guardano ma non vedono chi sono realmente, e anche se mi guardano non sono in grado di vedere”:
resoconto di una esperienza di mentoring 231

Nel confronto periodico con gli insegnanti è emersa l'utilità di incoraggiarli ad allargare il loro sguardo sullo studente nel leggere i comportamenti all'interno di una unità di personalità che tenga in considerazione anche lo stile di vita di ognuno di loro, in modo che essi possano avere più elementi per adattare l'istruzione alle caratteristiche emotive e cognitive di ogni studente, per favorire una migliore integrazione tra le strategie formali e quelle da usare effettivamente nel particolare contesto situazionale.

Questo è il caso di W., uno studente di origini tunisine, arrivato in Italia da un anno, con difficoltà linguistiche e che vive col padre. In classe appariva ai docenti e ai compagni annoiato e demotivato, poco interessato al lavoro svolto in classe. Durante i colloqui individuali W. è riuscito a raccontarsi, descrivendosi come profondamente arrabbiato a causa della sua situazione familiare, che lo vedeva in attesa dell'arrivo in Italia della mamma da mesi, arrivo costantemente rimandato, senza che W. ne conoscesse il motivo.

Questo vissuto era per lui angosciante e frustrante a tal punto che temeva che questa rabbia emergesse in classe: estraniarsi era l'unico modo per difendersi dalle proprie emozioni. Aiutando i docenti ad allargare lo sguardo alle caratteristiche emotive di W. si è riusciti a coinvolgerlo maggiormente in alcune attività in classe e a rileggere alcuni progetti in cui era inserito in chiave più utile. Per esempio, sempre durante i colloqui individuali, W. è riuscito ad esprimere la propria perplessità rispetto alla partecipazione ad attività che lo portavano fuori dalla classe perché questo faceva accrescere in lui un vissuto di esclusione che andava ad aumentare la sua impossibilità di sentirsi uguale agli altri che vivevano la classe quotidianamente, favorendo, invece di una integrazione, la sua sensazione di costante esclusione dal gruppo con una conseguente ricaduta sulla sua attenzione e motivazione ad apprendere.

Se messo davanti alla incapacità di apprendere in un'unica logica che non tiene in considerazione la sua individualità, lo studente reagisce con lo scoraggiamento, la demotivazione, la noia, l'apatia, la ribellione e la rinuncia, costruendo una percezione di sé alterata e distinta dalla realtà circostante. A questo proposito condividiamo l'esperienza fatta con G., studentessa Sinti, affidata alla zia e alla nonna e lontana quindi da entrambi i genitori che poteva vedere solo saltuariamente, che dall'osservazione fatta in classe appariva fortemente apatica, demotivata e annoiata.

Nel piccolo gruppo invece è stata quella che ha manifestato con più insistenza la necessità di avere uno spazio di ascolto individualizzato in cui poter esprimere i propri vissuti di aggressività e di rabbia che viveva prevalentemente nel contesto familiare e che cercava invece di contenere in classe con grande difficoltà nelle relazioni e molta paura di perdere il controllo. Offrirle uno spazio di ascolto e contenimento accogliente le ha permesso di entrare in contatto con le sue emozioni allargando la percezione di sé a qualcosa di più completo e positivo.

Sin d'ora possiamo anticipare che la modalità di lavoro sul gruppo classe sia una risorsa, permettendo un incremento delle interazioni positive tra i compagni, un maggiore coinvolgimento e adesione alle attività proposte, nonché la costruzione di un clima relazionale di fiducia con i mentor. Nel tempo si è constatato un atteggiamento accogliente e propositivo da parte di ogni componente delle classi, che manifestava il desiderio di un maggiore spazio di espressione personale.

La dimensione del colloquio individuale ha avuto in sé degli elementi di criticità, in quanto vissuto da alcuni non positivamente, probabilmente anche a causa della propria visione culturale, che si è evidenziato tramite un maggior timore ad esporsi. Questo è il caso di M., studentessa di origini cinesi, che manifestava un comportamento fortemente ritirato, tanto da non avere relazioni significative all'interno della classe. Se nei colloqui individuali ha mostrato una forte resistenza, nelle attività in sottogruppo M. affiancata da una compagna di classe con cui appariva più in confidenza, è riuscita a raccontarsi e ad esprimere le proprie emozioni, parlando delle sue difficoltà relazionali, ma anche della sua storia familiare complessa.

In ultimo anche la componente linguistica ha limitato l'efficacia comunicativa a sfavore di una dimensione relazionale più intima. Alcuni aspetti critici evidenziati sono riconducibili a elementi di ordine organizzativo:

- l'intervento si è concentrato in un arco temporale ristretto che non ha permesso la continuità necessaria per la costruzione di una relazione significativa tra mentor e studente destinatario, necessaria per il raggiungimento di obiettivi all'interno dei colloqui individuali;
- sarebbe stato utile condividere le finalità del progetto e gli strumenti utilizzati, oltre che con i coordinatori delle classi, anche con il corpo docente, attraverso momenti di monitoraggio dell'intervento, in questo modo si sarebbe attivato maggiormente un lavoro di rete che avrebbe coinvolto tutti gli attori del processo e facilitato l'interscambio di considerazioni utili a modificare eventualmente interventi anche sulla base di considerazioni del corpo docente stesso a seguito di osservazioni nelle restanti ore in classe.

Queste anticipazioni devono ritenersi elementi da prendere in considerazione per una possibile futura collaborazione su progetti da realizzare insieme, poiché si ritiene l'esperienza del tutto positiva se la si considera anche in ottica di una crescita condivisa. L'intervento affrontato con uno sguardo psicologico ha permesso di tenere insieme obiettivi molteplici che, anche se in un primo momento non sono stati facilmente condivisi, hanno permesso di raggiungere obiettivi mirati mettendo al centro l'individualità di ogni studente coinvolto.

“Mi guardano ma non vedono chi sono realmente, e anche se mi guardano non sono in grado di vedere”:
resoconto di una esperienza di mentoring 233

Bibliografia

1. ADLER, A. (1927), *Menschenkenntnis*, tr. it. *La Conoscenza dell'uomo nella Psicologia Individuale*, Newton Compton, Roma 1994.
2. ADLER, A. (1929), *Individualpsychologie in der Schule*, tr. it. *La Psicologia Individuale nella scuola*, Newton Compton, Roma 1979.
3. ADLER, A. (1930a), *Die Seele des Schwereerziehbaren Schulkindes*, tr. it. *Psicologia del bambino difficile*, Newton Compton, Roma 1973.
4. ADLER, A. (1930b), *The Education of Children*, tr. it. *Psicologia dell'educazione*, Newton Compton, Roma 1975.
5. ADLER, A. (1931), *What Life Should Mean to You*, tr. it. *Cosa la vita dovrebbe significare per voi*, Newton Compton, Roma 1994.
6. ADLER, A. (1933), *Der Sinn des Lebens*, tr. it. *Il senso della vita*, (con introduzione di METZGER, W.) Kindle Edition, Newton Compton, Roma 1997.
7. AMIANTO, F. (2019), Problemi psicologici in adolescenza e possibili strategie di soluzione, *Riv. Psicol. Indiv.*, 86: 67-81.
8. ANSBACHER, H. L., ANSBACHER, R. R. (1956), *The Individual Psychology of Alfred Adler*, tr. it. *La Psicologia Individuale di Alfred Adler*, Martinelli, Firenze 1997.
9. FASSINO, S., FERRERO, A. (2019), Editoriale. Il disagio adolescenziale interroga la psicoterapia, *Riv. Psicol. Indiv.*, 86: 3-9.
10. FERRIGNO, G. (2009), La Risonanza emozionale e il “ritmo” dell’Incoraggiamento, *Riv. Psicol. Indiv.*, 66: 81-91.
11. FERRIGNO, G. (1994), Interdisciplinarietà, linguaggi alternativi e comunicazione come incoraggiamento nella Scuola Media dell’obbligo, *Riv. Psicol. Indiv.*, 36: 17-36.
12. GELLI, B. R., MANNARINI, T. (1999), *Il Mentoring, Uno strumento contro la dispersione scolastica*, Carocci, Roma 1999.
13. PAGANI, P. L. (2009), Comunicazione e Incoraggiamento, *Riv. Psicol. Indiv.*, 66: 131-137.
14. ROVERA, G. G. (2009), Le Strategie dell’incoraggiamento, *Riv. Psicol. Indiv.*, 66: 139-160.

Riflessi nell'identità transgender. Una lettura adleriana dell'esperienza di persone trans

SIMONA DALMONTE

Summary – REFLECTIONS ON TRANSGENDER IDENTITY. AN ADLERIAN READING OF THE LIVED EXPERIENCE OF TRANS INDIVIDUALS. Gender identity in transgender individuals is a complex and multifaceted phenomenon, shaped by social, relational, and symbolic contexts. This paper examines the development of the Self from an Adlerian perspective, highlighting how it emerges through the ongoing interplay between belonging and uniqueness, as well as between the need for recognition and the drive for self-affirmation. By distinguishing biological sex, gender identity, gender expression, and sexual orientation, the paper clarifies common conceptual misunderstandings that often create confusion, fuel prejudice, and reinforce social stigma. Drawing on personal narratives and clinical observations, the analysis shows how gender nonconformity is frequently labelled as “deviant,” giving rise to feelings of shame and inadequacy. In Adlerian terms, these experiences reflect a sense of inferiority which, in the absence of empathetic support and inclusive community environments, can hinder individualisation and restrict the development of social interest. The paper focuses in particular on the process of social transition, presenting it as a crucial space for self-determination and for the realisation of one’s lifestyle within the social world. Coming out is understood as a courageous and ongoing act that requires continuous renegotiation of one’s self-image in settings that are often hostile or invalidating. Central to this process is the influence of “distorted mirrors”, familial, educational, healthcare-related, and internalised, which shape self-perception and can either strengthen or weaken one’s sense of belonging and personal worth. Drawing on the principles of comparative individual psychology, this contribution underscores the transformative power of empathetic relationships and the creative potential inherent in striving for coherence between inner identity and outward expression. Creating an educational and therapeutic environment grounded in encouragement, trust, and acceptance is essential for supporting transgender adolescents and adults in developing a cohesive and confident sense of self, while sustaining hope for a more affirming future.

Keywords: TRANSGENDER IDENTITY, DESTIGMATIZATION, AFFIRMATIVE AND SUPPORTIVE ENVIRONMENT

Abstract – RIFLESSI DELL'IDENTITÀ TRANSGENDER. UNA LETTURA ADLERIANA DELL'ESPERIENZA DI PERSONE TRANS. L'identità di genere nelle persone transgender rappresenta una realtà complessa, variegata e profondamente influenzata dal contesto sociale, relazionale e simbolico. In questo contributo si analizza, anche in ottica adleriana, come il Sé si sviluppi e si definisca nel continuo confronto tra appartenenza e unicità, tra bisogno di riconoscimento e autoaffermazione. Tramite la distinzione tra sesso biologico, identità di genere, espressione di genere e orientamento sessuale, si chiariscono alcuni malintesi concettuali che creano confusione, alimentano pregiudizi e rinforzano la stigmatizzazione sociale.

Partendo da elementi esperienziali raccolti durante percorsi clinici e narrazioni personali di persone trans si evidenzia come la non conformità di genere venga frequentemente etichettata come “devianza”, generando vergogna e senso di inadeguatezza. In termini adleriani, questo vissuto si configura come espressione di un sentimento di inferiorità che, in mancanza di sostegno empatico e contesti comunitari inclusivi, può ostacolare il percorso di individuazione e limitare lo sviluppo del sentimento sociale. Il presente documento pone l'attenzione sul processo di transizione sociale identificandolo come lo spazio di autodeterminazione e conquista del proprio stile di vita nel contesto sociale. Il coming out viene inteso come atto coraggioso e continuo, che richiede una costante rielaborazione dell'immagine di sé di fronte a contesti spesso ostili. Il ruolo degli “specchi deformanti” (familiari, scolastici, sanitari, personali che possono essere introiettati), è centrale nel modellare l'autopercezione e nel rafforzare o indebolire il senso di appartenenza e il valore personale. Seguendo il pensiero della psicologia individuale comparata, si propone una lettura che valorizza il potere trasformativo delle relazioni empatiche e il potenziale creativo insito nella ricerca di coerenza tra identità interna ed espressione esterna. Favorire un clima educativo e terapeutico fondato sull'incoraggiamento, la fiducia e l'accettazione risulta essenziale per sostenere gli adolescenti e gli adulti transgender nella costruzione di un Sé coeso, orgoglioso e capace ancora di sperare in un futuro migliore.

Parole chiave: IDENTITÀ TRANSGENDER, DE-STIGMATIZZAZIONE, CONTESTO SUPPORTIVO E AFFERMATIVO

Introduzione

Il concetto di identità transgender o gender diverse (TGD) comprende una vasta eterogeneità di individui e comunità che esprimono identità di genere differenti dal proprio genere o sesso genotipico e fenotipico. Questa categoria include persone transgender, non binarie, genderqueer, genderfluid, agender e altre identità culturalmente specifiche. Le definizioni non sono rigide, ma strumenti utili a descrivere la pluralità delle esperienze e dei percorsi identitari.

L'identità di genere è intesa come un costrutto complesso, multidimensionale e dinamico, influenzato dall'interazione di fattori biologici, psicologici, sociali e culturali. Essa esprime il senso personale di appartenenza a un genere, distinto sia dal sesso genotipico sia dall'espressione fenotipica di genere. Il riconoscimento di questa distinzione, sancito anche dall'ICD-11 dell'OMS, ha contribuito a superare visioni patologizzanti, valorizzando finzionali autodeterminazioni e diversità.

Le esperienze TGD non possono essere comprese entro schemi binari o categorie rigide: richiedono un approccio intersezionale e culturalmente sensibile. Sebbene la diversità di genere sia un fenomeno umano universale, in molte società contemporanee persiste una forte stigmatizzazione, che genera processi di esclusione e Minority Stress (Meyer, 2003), ovvero uno stress cronico dovuto al vivere in un contesto ostile.

La Psicologia Individuale di Adler oltre a fornire una visione olistica della persona e di cooperazione tra i sessi richiesta dalla società offre anche una chiave interpretativa utile di questa finzione: i sentimenti di inferiorità, originariamente parte dello sviluppo umano, possono diventare fonte di disagio quando alimentati da svalutazione e stigma.

Nel caso delle persone TGD, tali sentimenti non derivano dall'identità in sé, ma dalle esperienze di discriminazione e non accoglienza. L'ambiente ostile amplifica il senso di inadeguatezza e ostacola la naturale spinta evolutiva verso l'autenticità, intesa da Adler come aspirazione alla perfezione ed alla superiorità integrata col sentimento di comunità: tensione verso autorealizzazione, padronanza e significato.

Il minority stress può quindi essere visto come il risultato del conflitto tra il sentimento di inferiorità indotto dallo stigma e l'ipercompenso di una volontà di potenza diretta alla realizzazione del sé autentico. Le difficoltà psicologiche riportate da molte persone TGD non sono intrinseche all'identità, ma conseguenze dell'interazione con un contesto sociale che discrimina e non riconosce il loro vissuto.

Da ciò deriva l'urgenza di interventi socio-educativi, sanitari e istituzionali che, oltre a favorire in ognuno la propria conoscenza (Adler, 1927), riducano lo stigma e sostengano anche i finzionali percorsi di autodeterminazione, creando ambienti inclusivi che favoriscano lo sviluppo del potenziale individuale. Il riconoscimento delle identità TGD come parte della diversità umana rientrerebbe ancora in quel sentimento sociale che, per Adler, è alla base del benessere individuale e collettivo.

I. Identità transgender

Per affrontare in modo consapevole e rispettoso le identità transgender è fondamentale disporre di un lessico corretto e condiviso. La precisione terminologica favorisce la comprensione, riduce lo stigma e permette di fornire supporto adeguato. Quattro concetti risultano essenziali: sesso biologico, identità di genere, espressione di genere e orientamento sessuale.

Il sesso biologico si basa sulle caratteristiche genetiche e fenotipiche, ma non sempre rientra nel binarismo maschio/femmina, come nel caso delle persone intersessuali. Interventi chirurgici precoci possono compromettere il benessere e l'autodeterminazione. In una prospettiva etica ed adleriana è preferibile rimandarli fino a quando la persona potrà esprimere consapevolmente la propria identità.

L'identità di genere è l'esperienza personale di sé come uomo, donna, entrambi o nessuno dei due, ed è indipendente dal sesso biologico. I termini transgender e cisgender descrivono rispettivamente identità in disallineamento o allineamento con il sesso assegnato alla nascita. Crossdresser, drag queen e drag king rappresentano modalità espressive non necessariamente legate a identità transgender.

Identità come genderqueer o gender fluid esprimono vissuti non binari. Il riconoscimento linguistico, incluso l'uso dei pronomi scelti e di forme inclusive come la schwa, sostiene il benessere e il sentimento di appartenenza.

L'espressione di genere riguarda modi e stili con cui l'identità viene manifestata. Le norme culturali influenzano fortemente questa dimensione, imponendo ruoli di genere che possono limitare la libertà individuale e generare sentimenti di inferiorità, in particolare nei bambini che non si riconoscono nelle aspettative sociali. Le dinamiche patriarcali tendono a svalutare la femminilità, rendendo più rigidamente controllati i comportamenti maschili. Questi meccanismi producono la protesta maschile descritta da Adler e possono sfociare in giudizio ed esclusione.

L'orientamento sessuale si riferisce alla direzione dell'attrazione affettiva e/o sessuale e comprende molteplici possibilità (eterosessuale, omosessuale, bisessuale, pansessuale, asessuale). Questa dimensione è distinta, seppur interrelata, da identità ed espressione di genere.

Il linguaggio non descrive soltanto la realtà sociale, ma la plasma. Per questo gli Standards of Care WPATH (SOC-8) sottolineano l'importanza di un lessico in evoluzione. Il concetto di transizione di genere è stato progressivamente sostituito da affermazione di genere, evidenziando un approccio centrato sull'autodeterminazione.

L'educazione al genere, ancora oggi segnata dalla cis-eteronormatività, trasmette norme rigide fin dalla prima infanzia, attraverso messaggi impliciti che associano comportamenti, emozioni e ruoli a un genere. Tali modelli possono generare discrepanze tra sé autentico e sé socialmente accettato, favorendo sentimenti di inferiorità o compensazioni disfunzionali.

Già a 2-3 anni i bambini sviluppano una prima consapevolezza del genere, sebbene la sua "costanza" venga compresa più avanti. Espressioni gender-diverse, parte naturale dello sviluppo, sono spesso stigmatizzate dagli adulti, con possibili conseguenze psicologiche, come evidenziato dalla teoria del minority stress.

In una prospettiva adleriana, la mancata validazione dell'identità ostacola lo sviluppo del sentimento sociale, mentre ambienti accoglienti promuovono integrazione, crescita e benessere. La diversità di genere è un'espressione della variabilità umana e non una deviazione.

Educare alla pluralità del genere significa quindi favorire consapevolezza, empatia e senso di comunità, superando i limiti della cis-eteronormatività e creando contesti inclusivi nei quali ogni persona possa esprimere liberamente la propria identità, qualunque finzionale.

II. *La visione medica della varianza di genere*

In società fortemente normative, dove il binarismo di genere e l'etero-cisnormatività costituiscono criteri impliciti di accettabilità, le persone TGNC possono subire stigma, discriminazione e violenze, espressioni dell'omo-lesbo-bi-transfobia. Crescere in questi contesti favorisce l'interiorizzazione di norme rigide che, in presenza di incongruenza tra genere geno-fenotipico e identità vissuta, possono generare transfobia interiorizzata, caratterizzata da bassa autostima, auto-svalutazione e sentimenti di inadeguatezza. Da una prospettiva adleriana, tali vissuti rappresentano un sentimento di inferiorità derivante da un ambiente svalutante, che ostacola la costruzione di un Sé coeso e orientato alla crescita.

Secondo Adler, i sentimenti di inferiorità possono essere superati attraverso movimenti compensatori costruttivi (autoaffermazione, impegno sociale) o disfunzionali (ritiro, autosvalutazione). Per le persone TGNC, l'assenza di riconoscimento può inibire lo sviluppo del sentimento sociale, aumentando sofferenza e isolamento.

Oltre a forme manifeste di discriminazione, le persone TGD subiscono spesso micro-aggressioni, commenti o comportamenti quotidiani che, sebbene considerati innocui da chi li agisce, comunicano esclusione e invalidazione. Queste esperienze alimentano il minority stress, uno stress psicosociale cronico tipico dei gruppi stigmatizzati (Meyer, 2003), non legato a eventi isolati ma al sistema sociale. Nelle minoranze sessuali e di genere, tale stress deriva dal vivere la propria identità in un contesto che la considera deviante o moralmente discutibile. Da ciò emergono tre reazioni comuni: ipervigilanza, nascondimento e vergogna, che compromettono benessere e senso di appartenenza.

Anche il sistema sanitario può contribuire allo stigma. Storicamente, il DSM ha avuto un ruolo rilevante: dopo la rimozione dell'omosessualità nel 1973, il DSM-III (1980) introdusse il Disturbo dell'Identità di Genere, rafforzando una lettura patologizzante delle esperienze transgender. Il DSM-5-TR ha sostituito il DIG con la Disforia di Genere, concentrandosi sul disagio e riconoscendo identità non binarie, pur mantenendo un'implicita medicalizzazione necessaria per l'accesso alle cure.

Un passo decisivo verso la depatologizzazione è stato compiuto dall'ICD-11 (WHO, 2019), che colloca l'incongruenza di genere nell'area della salute sessuale, definendola come discrepanza tra genere esperito e genere assegnato, senza implicazioni di malattia. Questo approccio più inclusivo sostiene l'autostima e la salute delle persone TGNC. Contesti clinici competenti e rispettosi possono infatti agire come fattori protettivi contro gli effetti del minority stress, mentre ambienti discriminanti rischiano di accentuare proprio quei disturbi psicologici che derivano dalla mancata accettazione sociale, e non dall'identità in sé.

III. *L'emergere della nuova identità*

Le persone transgender e gender diverse (TGD) crescono spesso in contesti sociali dominati da norme etero- e cis-normative, nelle quali la non conformità di genere viene percepita come deviante. Questa struttura sociale genera disapprovazione, stigmatizzazione e micro-aggressioni, che possono sfociare in forme più gravi di violenza psicologica e fisica. Tale clima produce minority stress, uno stress cronico e sistemico legato alla marginalizzazione, che si manifesta con ipervigilanza, nascondimento della propria identità e vissuti di vergogna.

L'interiorizzazione dello stigma può condurre alla transfobia interiorizzata, caratterizzata da bassa autostima, autosvalutazione e sentimenti di inadeguatezza. In prospettiva adleriana, queste dinamiche riflettono un sentimento di inferiorità generato da un ambiente giudicante, che ostacola lo sviluppo dell'interesse sociale e della piena realizzazione del Sé.

Il coming out non è un evento puntuale, ma un percorso psicologico complesso che implica riconoscimento di sé, decostruzione di credenze stigmatizzanti e progressiva accettazione. Il modello di Lev (2004) descrive questo processo come un movimento evolutivo composto da fasi non lineari: dalla consapevolezza interna all'integrazione identitaria. Per le persone TGD, il coming out è continuo e riattivato da ogni nuovo contesto sociale, richiedendo scelte costanti tra visibilità e protezione.

La transizione sociale costituisce un passaggio centrale nell'affermazione di genere: include la modifica dell'espressione di genere, l'adozione di nome e pronomi d'elezione e, più in generale, la ricerca di coerenza tra identità interna e ruolo sociale. Questo processo è dinamico e personalizzato, e può manifestarsi inizialmente solo in contesti percepiti come sicuri. Il sostegno familiare e sociale emerge come fattore protettivo fondamentale: studi mostrano che bambini e adolescenti TGD supportati da contesti affermativi presentano livelli di benessere psicologico sovrapponibili ai coetanei cisgender.

La transizione medica può comprendere trattamenti ormonali e chirurgici volti ad aumentare la congruenza corporeo-identitaria, ma non rappresenta un passaggio obbligato né definisce la legittimità dell'identità transgender. Ogni percorso è autodeterminato e varia in base ai bisogni individuali.

Anche il sistema diagnostico ha un ruolo nel plasmare lo stigma. Il DSM-5-TR ha sostituito il "Disturbo dell'Identità di Genere" con la "Disforia di Genere", spostando l'attenzione dal comportamento alla sofferenza associata all'incongruenza di genere e includendo identità non binarie. L'ICD-11 compie un ulteriore passo verso la depatologizzazione, collocando l'incongruenza di genere nell'ambito della salute sessuale.

Tuttavia, la necessità di una diagnosi per accedere alle cure mantiene una tensione tra riconoscimento clinico e rischio di stigmatizzazione.

In questo quadro, la cura psicologica affermativa si propone non come “correzione” dell’identità, ma come sostegno alla riduzione della transfobia interiorizzata, al rafforzamento dell’autostima e alla costruzione di un Sé autentico e socialmente connesso. Favorire ambienti accoglienti e competenti diventa dunque un elemento centrale per contrastare gli effetti del minority stress e promuovere il benessere delle persone TGD.

IV. Sportello APAG di Gruppo Trans

L’Associazione Gruppo Trans APS (Gruppo T) nasce nel 2018 dall’evoluzione di un collettivo autogestito attivo dal 2016, con l’obiettivo di garantire rappresentanza politica, sostegno e tutela dei diritti delle persone transgender e gender diverse (TGD). L’istituzionalizzazione del collettivo ha permesso di consolidare relazioni con enti pubblici e realtà della società civile, rendendo l’associazione un punto di riferimento nazionale per la promozione del benessere e dell’autodeterminazione di genere.

L’impianto teorico del Gruppo T si fonda su una prospettiva intersezionale, riconoscendo l’intreccio tra oppressioni di genere e forme sistemiche di discriminazione come razzismo, sessismo e abilismo. Le attività dell’associazione includono formazione in ambito educativo, istituzionale e sanitario; supporto diretto alle persone TGD; advocacy politica; progetti dedicati alla salute e all’inclusione sociale. Con sede a Bologna, Gruppo T ha creato uno spazio comunitario sicuro e ha formato oltre 250 professionisti del Servizio Sanitario Nazionale, coinvolto più di 500 studenti in percorsi educativi, e sviluppato iniziative su salute transgender, sport inclusivo e contrasto al bullismo.

L’associazione gestisce anche due sportelli gratuiti: Sportello Lavoro, che offre orientamento professionale e interventi di diversity management, e Sportello Legale, che garantisce tutela a persone transgender e LGBTQIA+ vittime di discriminazione o violenza.

Tra i progetti centrali vi è lo Sportello APAG, servizio di accompagnamento ai percorsi di affermazione di genere sostenuto dal Comune di Bologna. Lo sportello offre accoglienza, consulenza psicologica affermativa, percorsi endocrinologici personalizzati, supporto legale e training vocale. Il modello si basa su un approccio depatologizzante in linea con l’ICD-11 e con gli Standards of Care del WPATH (SOC-8), valorizzando autodeterminazione e pluralità delle esperienze di genere. Il servizio è riconosciuto dal portale nazionale INFOTRANS dell’Istituto Superiore di Sanità e dell’UNAR.

Attraverso interventi integrati di formazione, supporto diretto e advocacy, Gruppo Trans APS rappresenta un esempio di attivismo comunitario strutturato capace di coniugare cura, diritti e giustizia sociale, promuovendo un modello di società basato su equità, autodeterminazione e inclusione.

Bibliografia e Sitografia

1. ADLER, A. (1917), *Das Problem der Omosexualitat, erotischer Training und erotischer Rückzug*, tr. it. *Psicodinamica dell'eros*, Mimesis, Milano-Udine 2015.
2. ADLER, A. (1920), *Praxis und Theorie der Individualpsychologie*, tr. it. *Prassi e teoria della Psicologia Individuale*, Mimesis, Milano-Udine 2025.
3. ADLER, A. (1933), *Der Sinn des Lebens*, tr. it. *Il senso della vita*, Newton Compton, Roma 2012.
4. ERICKSON, L. (2010), *Gender: What Everyone Needs to Know*, tr. it. *Genere e Identità. Una introduzione*, Luis University Press, Roma 2021.
5. LEV, A. I. (2004), *Transgender Emergence: Therapeutic Guidelines for Working with Gender-Variant People and Their Families*, *Haworth Clinical Practice*, New York.
6. MEYER, I. H. (2003), *Prejudice, Social Stress, and Mental Health in Lesbian, Gay, and Bisexual Populations: Conceptual Issues and Research Evidence*, *Psychological Bulletin*, 129(5), 674-697.
7. NEALY, E. C. (2017), *Transgender Children and Youth: Cultivating Pride and Joy with Families in Transition*, tr. it. *Bambini e adolescenti transgender. Coltivare orgoglio e gioia nelle famiglie in transizione. Una guida per professionisti e genitori*, Fortini editore, Roma 2018.
8. OLSON, K. R., DURWOOD, L., De MEULES, M., McLAUGHLIN, K. A. (2016), *Mental Health of Transgender Children Who Are Supported in Their Identities*, *Pediatrics*, 137(3), e20153223.
9. RUSPINI, E. (2009), *Le identità di genere*, Carocci Editore, Roma.
10. World Health Organization (2019), *International Classification of Diseases, Version 11 Revision (ICD-11)*, World Health Organization.
11. World Professional Association for Transgender Health (WPATH) (2022), *Standards of Care for the Health of Transgender and Gender Diverse People*, Version 8.
12. <https://gruppotrans.it/chi-siamo/>
13. <https://gruppotrans.it/progetti/sportello-apag/>

Specchi infranti e riflessi interrotti: drop-out e conclusione della psicoterapia come atti narrativi relazionali

IRENE DI GIROLAMO, MATTEO SCALZO

Summary – SHATTERED MIRRORS AND INTERRUPTED REFLECTIONS: DROPOUT AND PSYCHOTHERAPY TERMINATION AS RELATIONAL AND NARRATIVE ACTS. The end of psychotherapy represents a crucial moment in the therapeutic process, a critical and transformative phase that holds significant relevance for the analysis of therapeutic change. It constitutes a dimension in which the interplay of projections and mutual mirroring between patient and therapist may generate a new and/or different meaning of both the therapeutic relationship and the narrative of the Self. This contribution aims to explore two distinct forms of termination within time-limited psychotherapies delivered in community mental health services: premature interruption and planned termination. The issue of drop-out inevitably confronts clinicians with the concepts of limit, failure, and error, thereby revealing the ways in which the therapist is, or is not, able to remain within this dimension. From this perspective, Adlerian Individual Psychology offers valuable interpretative insights, as it conceptualizes inferiority as a foundational and motivational principle of human experience. In order to acknowledge the patient's experience of inferiority, the therapist must first come to terms with their own limits. When therapy ends abruptly, the therapeutic bond is disrupted, sometimes leaving behind a narrative gap and a distorted representation of both the relationship and the Self. Conversely, planned termination can be a structuring and integrative experience when clinical work balances empathic support for change with the therapist's negative capability to tolerate limits within an encouraging frame.

Keywords: DROP-OUT, TERMINATION, TIME-LIMITED PSYCHOTHERAPY, ENDING, SEPARATION

Abstract – SPECCHI INFRANTI E RIFLESSI INTERROTTI: DROP-OUT E CONCLUSIONE DELLA PSICOTERAPIA COME ATTI NARRATIVI RELAZIONALI. Ogni fine terapia è un momento cruciale del percorso psicoterapeutico, una fase critica e trasformativa, che assume grande rilevanza nell'analisi del processo terapeutico. Si configura come quella dimensione in cui il gioco di proiezioni e rispecchiamenti tra paziente e terapeuta può restituire un senso nuovo e/o diverso alla relazione terapeutica e alla narrazione di Sé. Questo contributo si propone di esplorare due tipologie distinte di conclusione: l'interruzione precoce e la chiusura pianificata nelle terapie time-limited all'interno dei servizi territoriali. Il tema del drop-out espone necessariamente al concetto di limite, di fallimento, di errore e, di conseguenza, disvela le modalità attraverso cui il terapeuta riesce o meno a stare in questa dimensione. La Psicologia Individuale di Adler ci offre, da questo punto di vista, alcuni formidabili spunti di lettura, contemplando proprio l'inferiorità come principio fondativo e motivazionale dell'esperienza umana. Per accogliere l'inferiorità del paziente, il terapeuta deve fare i conti con il proprio limite. Quando la terapia si interrompe bruscamente, il legame terapeutico si spezza, lasciando talvolta dietro di sé un vuoto narrativo, un riflesso deformato della relazione e di Sé. Al contrario, la conclusione programmata di una terapia può rappresentare un'esperienza strutturante, se sostenuta da un lavoro clinico che bilancia la tendenza empatica all'aiuto e al cambiamento con la capacità negativa di stare con il limite in un'ottica incoraggiante.

Parole chiave: DROP-OUT, CONCLUSIONE, PSICOTERAPIA TIME-LIMITED, FINE, SEPARAZIONE

Introduzione

Il tempo limitato in psicoterapia non è un fattore neutrale, ma entra a far parte del complesso sistema di interazioni che caratterizza il processo terapeutico. Da un lato, la definizione temporale e il focus terapeutico, offrendo contenimento e struttura, possono svolgere una funzione protettiva rispetto all'interruzione prematura e ridurre il rischio di dinamiche di dipendenza regressiva.

Dall'altro, il limite temporale può generare aspettative e urgenza di cambiamento che, in alcuni pazienti, si traducono in un atteggiamento maggiormente richiedente verso il terapeuta; quest'ultimo, a sua volta, può sentirsi più ingaggiato e assumere un ruolo eccessivamente direttivo o interventista.

Risulta, quindi, fondamentale preparare e trattare con anticipo il tema della conclusione, che nelle terapie time-limited costituisce un focus aggiuntivo, affinché possa essere vissuta come una separazione funzionale (ed eventualmente riparativa) e non come un abbandono.

Ogni separazione, anche quella prematura, può contenere in sé un potenziale trasformativo e generativo. La fine della terapia può essere intesa come un atto narrativo-relazionale: se condivisa e simbolizzata, è in grado di ampliare la trama narrativa del paziente, restituendo maggiore autenticità e senso di efficacia.

Il presente contributo si propone quindi di analizzare, attraverso la presentazione di due casi clinici, le dinamiche implicite che portano all'interruzione e le possibilità di "riparazione narrativa" offerte da un'attenzione clinica alla conclusione del trattamento.

I. Il caso di A

A. è un uomo di 37 anni, inviato dal centro di salute mentale di riferimento a un servizio specialistico per la presa in carico psicoterapeutica per sintomatologia depressiva con intenzioni anticonservative, sintomi psicosomatici, agorafobia. Ha una compagna e una figlia di 6 anni.

La narrazione che il paziente porta inizialmente di sé parte da un primo ricordo che è un'immagine di perfetta armonia andata per sempre perduta per colpa dei conflitti, per cui sviluppa strategie sempre più rigide di controllo e di evitamento del conflitto, con scarsissima assertività e con un alto costo in termini di repressione della rabbia insieme a tutta una gamma emozionale calda, in una chiusura relazionale e sfiducia nell'altro molto forti.

Riferisce che tutto ciò che vuole sarebbe starsene in un angolino, in una capanna, tranquillo e senza problemi. Insieme a questa dinamica, come per ripristinare in toto

il primo ricordo di armonia perduta, è come se si muovesse in un registro infantile, in una dimensione filiale, sottomessa: il figlio che accetta ciò che i grandi hanno pensato per lui. Egli infatti si diploma in informatica e va a lavorare con il padre in copisteria perché gli chiede un aiuto e nonostante desideri vivere a Torino, si trasferisce a vivere in provincia con la compagna perché lei vive lì, senza neppure far presente alla compagna la sua posizione in merito. Vive una vita all'ombra dell'armonia originaria andata perduta per sempre.

Quando rientra in casa alla sera, la compagna e la figlia stanno insieme in soggiorno, lui non riesce e si ritira in camera, stanco. In questa dimensione, il ritiro assume una valenza simbolica molto importante, come una protesta inconscia: la casa in provincia è simbolicamente frutto di quel figlio inadeguato che accetta le scelte di altri nel tentativo estremo di riparare quell'armonia asettica andata perduta.

La chiusura e la passività relazionale si proiettano anche nella relazione terapeutica quando, al termine del primo ciclo di otto sedute, a causa di un errore del terapeuta nell'inserimento dei colloqui sul sistema informatico, il paziente si trova a pagare le varie sedute in otto impegnative diverse anziché in una sola che le raggruppi a prezzo calmierato.

Nonostante più volte il terapeuta gli avesse ricordato che il prezzo da pagare sarebbe stato di 36 euro, il paziente paga un ticket di oltre 150 euro, non dicendo nulla finché, a pagamento già ultimato, il clinico non si accorge da solo della situazione. L'accaduto suscita in lui finalmente quella rabbia prima inaccessibile e intollerabile. Si arrabbia non direttamente con il terapeuta, ma con i genitori, riconducendo ai loro schemi relazionali il suo sentirsi inadeguato e la sua passività relazionale.

Da piccolo i suoi genitori gli dicevano sempre che era un bambino senza timore di Dio, perché parlava dicendo quello che pensava, esprimendo la propria posizione. Ecco che entra in gioco lo specchio che, attraverso il terapeuta e la relazione terapeutica, rimanda il riflesso di altre parti di sé. Così si arricchisce la narrazione personale. Lui è anche quello, non solo la persona che vorrebbe ritirarsi nella sua capanna per evitare qualunque conflitto, ma anche la persona che ha qualcosa di dire, che vuole dare voce ai propri bisogni, che cerca vicinanza.

Raramente i suoi genitori facevano qualcosa per il puro piacere di farlo, dando molta più importanza alle cose concrete e necessarie. Se esprimeva un'emozione, ricorda che i genitori spesso gli dicevano: "Non fare cinema". Sostiene che i suoi genitori fossero "tirchi" in gesti teneri: lo hanno amato ma, si potrebbe dire, "non hanno fatto cinema", cioè non si sono molto espressi nella forma della tenerezza, con un conseguente scarso patrimonio di lessico affettivo e tenero da parte di A.

A un certo punto del percorso psicoterapico, il paziente riporta di aver comprato in edicola una rivista di punto croce, di cui aveva sempre avuto desiderio, anziché fare diretto il solito tragitto casa-lavoro: si tratta di un momento di svolta nel percorso del paziente. Quando ha preso “l’inutile” punto croce, si è sentito meglio, si è sentito più libero, più efficace: si ragiona sull’importanza di trovare i propri “punto croce”, di sentire e sentirsi di più, per orientarsi su un baricentro maggiormente centrato su riferimenti interni.

Si mette tutto costantemente in relazione con quanto avviene in seduta: prova senso di disagio quando si esplorano le emozioni e l’intimità, ma al contempo desiderio di esprimerle; e cosa succede quando esprime il suo mondo interno? Succede che si sente più libero, esce dalla stanza visibilmente alleggerito. Il prezzo che ha pagato in questi anni ponendosi come meta il mantenimento di quell’armonia impossibile è stato la privazione di gradi di libertà, ma anche di originalità, di unicità.

Una narrazione riparata, più autentica, permette di dare un senso e coerenza al suo malessere, che diventa parte integrante e inaspettata di questa narrazione. Lui stesso utilizza l’immagine della serie di ZeroCalcare “Strappare lungo i bordi”. Aveva un’idea, una direzione in mente, ma poi qualcosa è andato storto. Lo stare male è stata una risposta, è stato uno strappare lungo i bordi inaspettato, che gli ha fatto riconsiderare la sua meta, la direzione in cui voleva puntare la sua vita.

Si riconosce quindi una sorta di meta fittizia: avere una vita tranquilla e armoniosa senza problemi, senza la possibilità di conflittualizzarsi. Afferma che forse vede il conflitto in modo così negativo perché con i genitori ha fatto solo esperienza di un conflitto che alimenta se stesso fino a esplodere.

Progressivamente, riferisce una sempre minor esigenza di controllo sulle proprie emozioni e i propri stati mentali: parallelamente, riducendosi il controllo e aprendosi all’espressione del proprio mondo interno, regrediscono i sintomi psicosomatici e l’agorafobia.

“Sono stato sempre apatico, freddo, glaciale, ma ora scopro di non esserlo”, dice. “Sono questo ma anche quest’altro”, e alle volte può servire dare voce anche a questa parte che per lungo tempo ho rimosso, perché forse ha qualcosa di interessante da dire, qualcosa di utile da dare.

In questo contesto, ha avuto voglia di vedere qualche film romantico con la compagna, film che ha sempre evitato: *“e mentre li vedevo, sentivo”*, dice.

Anche in seduta è più “colorato” rispetto al solito: se inizialmente era sempre vestito in modo monocromatico con toni sul blu, progressivamente rinnova il suo guardaroba.

Simbolicamente, si ragiona sull'aprirsi ai colori, all'ascolto di sé, alle proprie diverse emozioni e alla possibilità di esprimerle, anche in un campo relazionale; su come tutto questo gli permetta di sperimentarsi efficace, spontaneo, originale e libero, senza particolari conseguenze negative: proprio come quello che è accaduto all'interno della stanza. All'inizio della terapia, dice che faceva di tutto per restare anonimo: ora sente il bisogno di esprimere se stesso nelle proprie sfumature. *“È come se avessi vissuto una lunga adolescenza e ora stia diventando adulto”*, afferma.

Insieme al rinnovo “colorato” del guardaroba, si aggiunge un altro elemento di grande valore simbolico: con l'occasione di ritinteggiare casa, dietro spinta di A., stanno anche apportando modifiche all'arredamento, che non gli è mai piaciuto. Si espone sulle sue preferenze integrandole in modo adeguato con quelle della compagna. Si lavora sull'importanza di “proiettare parti di sé” in quella casa, di sentire di avere un posto, in ottica profondamente riparativa rispetto a ciò che quella casa ha fino a oggi simboleggiato.

Se A. si apre ad altre parti di sé, a più colori e riesce a integrarli in una narrazione più articolata, ricca e autentica, nel secondo caso clinico la paziente riconoscerà in qualche modo il riflesso di altri aspetti di sé, ma il riflesso sarà interrotto, non tollerato, non interiorizzato.

II. Il caso di M.

M. è una donna di 46 anni, anche lei inviata dal servizio territoriale di riferimento a un servizio specialistico per la presa in carico psicoterapeutica. Le viene proposto un percorso di psicoterapia di 40 sedute (una SB-APP). La richiesta di valutazione, formulata dallo psichiatra di riferimento riguarda un quadro depressivo ricorrente, caratterizzato da dolore psichico, rimuginazioni sul passato e riduzione dell'attività, con ricaduta sintomatologica in seguito alla morte della madre.

All'inizio del trattamento M. riferisce perdita di voglia e interesse generalizzati, apatia, tristezza, talvolta insonnia e improvvisi attacchi di rabbia, che, fino a pochi mesi prima dell'avvio della psicoterapia, confluivano in agiti autolesivi non suicidari. In particolare, la paziente si procurava dolore alle mani senza lasciare segni visibili, descrivendo tali condotte come un tentativo di alleviare il dolore intrapsichico attraverso il dolore fisico.

Al primo colloquio M. si presenta come una donna curata nell'aspetto, con uno stile sobrio e uniforme, e manifesta una sofferenza emotiva marcata. Il pianto è frequente e intenso, talora accompagnato da manifestazioni di disperazione. L'umore appare sin da subito profondamente deflesso. La narrazione di sé è dominata dall'immagine di una persona che, nel corso della vita, si è sistematicamente presa cura degli altri, fino a relegare in secondo piano i propri bisogni, desideri e progetti personali.

La storia anamnestica è segnata da una precoce esposizione a violenza domestica assistita. M. riporta ricordi traumatici legati a un contesto familiare caratterizzato da aggressività e controllo, a fronte di una figura materna descritta come accadente ma fortemente remissiva. Il legame con la madre appare fin dall'infanzia intensamente coinvolgente e scarsamente differenziato, con una progressiva assunzione da parte di M. di funzioni di sostegno emotivo.

Ultima di più fratelli, M. descrive relazioni familiari eterogenee, con alcuni legami percepiti come più distanti e altri come maggiormente protettivi. In adolescenza interrompe precocemente il percorso scolastico per iniziare a lavorare, motivata dal desiderio di contribuire al contesto familiare. La sua quotidianità si struttura progressivamente attorno al lavoro e alla casa, all'interno di una configurazione relazionale in cui il ruolo di accudimento diventa centrale e identitario.

Nel corso della vita adulta M. attraversa ripetuti eventi di perdita e lutti familiari traumatici, alcuni dei quali avvenuti in condizioni particolarmente critiche e senza possibilità di separazione o congedo. Tali eventi contribuiscono a un progressivo aggravamento del quadro depressivo e a un rafforzamento della dipendenza emotiva dalle figure di riferimento ancora presenti, vissute come indispensabili per la tenuta psichica.

In un periodo successivo, M. si trova nuovamente coinvolta in modo totalizzante in compiti di cura verso familiari gravemente malati. A seguito di un'ulteriore perdita significativa, la paziente sperimenta un crollo emotivo caratterizzato da apatia profonda, pianto quotidiano e pensieri ricorrenti di ricongiungimento con i propri cari defunti. In questa fase riprendono le condotte autolesive non suicidarie, mentre vengono esclusi agiti anticonservativi più estremi, motivando tale scelta con il timore di compromettere il legame simbolico con le figure perdute.

Durante la psicoterapia M. sottolinea come il vuoto sperimentato dopo quest'ultima perdita non abbia precedenti nella sua esperienza: se in passato, nonostante i lutti, poteva sempre trovare un senso nel prendersi cura di qualcuno, ora tale funzione appare improvvisamente venuta meno. All'ingresso in terapia M. è disoccupata. L'emozione cosciente predominante è la tristezza; la rabbia risulta invece scarsamente accessibile e viene associata a vissuti di colpa e di "cattiveria", configurandosi come affetto inaccettabile.

Una parte rilevante del lavoro terapeutico iniziale è stata orientata alla distinzione tra tristezza e rabbia e alla legittimazione di quest'ultima come emozione primaria, adattiva e non riconducibile a categorie morali di buono/cattivo. L'obiettivo clinico era quello di comprendere le diverse componenti del dolore di M., andando oltre la sofferenza per il lutto, per favorire una maggiore consapevolezza della dipendenza relazionale e avviare un processo di integrazione con istanze di autonomia.

In una fase avanzata del percorso, M. riesce per la prima volta a verbalizzare un vissuto di rabbia legato alla propria storia: esprime sentimenti di frustrazione per essersi sentita sola e per aver costruito la propria esistenza prevalentemente in funzione degli altri. Questo passaggio appare clinicamente rilevante, poiché introduce una frattura nella narrazione di sé come soggetto esclusivamente triste e sacrificato.

Tuttavia, poco dopo, la comunicazione di una sospensione temporanea del trattamento coincide con una progressiva riduzione della continuità delle sedute. In un incontro successivo, la paziente porta materiale personale fortemente carico di significato affettivo e, tra pianto e senso di colpa, riconosce nuovamente sentimenti di rabbia verso le figure significative della propria vita. L'espressione di tali vissuti viene accolta e normalizzata all'interno della relazione terapeutica.

Nelle settimane successive M. annulla alcuni incontri adducendo esigenze familiari. Nonostante un iniziale contatto volto a programmare la ripresa del trattamento, la paziente comunica telefonicamente la decisione di interrompere la psicoterapia per motivi personali. I tentativi di proporre un incontro di chiusura non ricevono risposta.

L'interruzione improvvisa del trattamento è vissuta dalla terapeuta come inattesa e profondamente frustrante, accompagnata da sentimenti di sconforto e impotenza. L'ipotesi clinica è che l'annuncio della sospensione estiva abbia riattivato uno schema di separazione/abbandono, mobilitando un'angoscia primaria rapidamente organizzata lungo due direttrici:

- l'emergere di una rabbia appena simbolizzabile, vissuta come minaccia al legame idealizzato con le figure perdute e alla coerenza di una narrativa di Sé centrata esclusivamente sulla tristezza;
- la riattivazione di compiti di accudimento e responsabilità verso una figura significativa del contesto familiare, che offre una giustificazione esterna congruente con un Sé altruistico e auto-sacrificale, consentendo di evitare il contatto pieno con un affetto percepito come intollerabile.

L'assenza di una chiusura simbolizzata lascia il percorso privo di un'elaborazione condivisa del senso dell'interruzione. In questi casi, la memoria della relazione terapeutica e l'immagine di sé rischiano di fissarsi in versioni parziali o distorte: della relazione e del Sé. Queste letture sono "riflessi" ancorati a un evento reale (la rottura), ma "deformati" perché non mentalizzati né contestualizzati all'interno di una trama più ampia.

Il drop-out può così essere letto come una riproposizione transferale delle modalità relazionali abituali di M., in cui la vicinanza è possibile solo in termini di dipendenza, mentre ogni movimento verso l'autonomia e l'espressione della rabbia viene vissuto come preludio all'abbandono.

In questo senso, l'interruzione del trattamento appare meno come un rifiuto della relazione terapeutica e più come una fuga dalla possibilità di riconoscere e tollerare un affetto fino a quel momento considerato mortifero.

III. Conclusioni

Questo contributo ha proposto di leggere la conclusione della psicoterapia, sia nella forma del drop-out sia nella chiusura programmata, come un atto narrativo-relazionale che coinvolge paziente e terapeuta. Nelle terapie *time-limited* il limite temporale non è neutrale: attiva vissuti di separazione, aspettative e urgenze di cambiamento, rendendo la fine un passaggio potenzialmente trasformativo oppure destabilizzante.

Nel caso di A., un evento critico viene mentalizzato e integrato nella relazione, consentendo l'emersione di aspetti del Sé prima esclusi (in particolare la rabbia e i bisogni personali) e favorendo una narrazione più ricca e autentica. La conclusione, in questo quadro, può assumere una funzione consolidante e strutturante, perché l'esperienza terapeutica viene simbolizzata e interiorizzata.

Nel caso di M., invece, l'emergere di una rabbia appena tollerabile si intreccia con l'annuncio della sospensione estiva e riattiva lo schema separazione/abbandono. Il drop-out può essere letto come un atto coerente con la storia relazionale della paziente: interrompere per non essere interrotta, agire la rottura per evitare un affetto vissuto come minaccioso per il legame. Quando manca una chiusura condivisa, la rottura può lasciare un vuoto narrativo e fissare rappresentazioni deformate della relazione e del Sé.

Al contrario, la conclusione programmata può diventare un'esperienza integrativa se sostenuta da un lavoro clinico che prepari la separazione e bilanci due polarità: da un lato l'impulso empatico ad aiutare e a "riparare", dall'altro la capacità negativa di tollerare il limite e l'incompletezza, mantenendo un assetto incoraggiante. In questa prospettiva, la fine non è solo un termine del trattamento, ma un passaggio che può ampliare la trama narrativa del paziente e promuovere continuità interna, invece che un'esperienza di abbandono.

Bibliografia

1. FASSINO, S. (2009), Empatia e strategie dell'incoraggiamento nel processo di cambiamento, *Riv. Psicol. Indiv.*, 66: 49-63.
2. FASSINO, S. (2010), Finzioni e processo di cambiamento, *Riv. Psicol. Indiv.*, 68: 59-79.
3. FERRERO, A. (2018), Adlerian Psychodynamic Psychotherapy (APP) – A Psychopathology-Based Treatment, *Adlerian Society UK*.
4. FERRERO, A. (2000), L'analisi e la psicoterapia psicodinamica secondo la Psicologia Individuale: spunti per una discussione, *Riv. Psicol. Indiv.*, 48: 41-54.
5. FERRERO, A. (2009), Psicoterapia Psicodinamica Adleriana (APP): un trattamento possibile nei dipartimenti di salute mentale, *Centro Studi e Ricerche in Psichiatria*.
6. 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", *Riv. Psicol. Indiv.*, 58: 59-97.
7. MADDOX, C. (1999), Transfert, distorsione paratattica e terapia adleriana, *Riv. Psicol. Indiv.*, 46: 43-55.
8. PAGANI, P. L., FERRIGNO, G. (1999), Transfert e controtransfert nel "setting" adleriano, *Riv. Psicol. Indiv.*, 46: 27-41.
9. ROVERA, G. G. (2014), Alleanze terapeutiche, *Riv. Psicol. Indiv.*, 76: 3-30.
10. ROVERA, G. G. (2009), Le strategie dell'incoraggiamento, *Riv. Psicol. Indiv.*, 66: 139-160.
11. ROVERA, G. G. (2015), Lo Stile Terapeutico, *Riv. Psicol. Indiv.*, 78: 19-85.
12. ROVERA, G. G. (2015), Patient-Therapist Matching, *Riv. Psicol. Indiv.*, 78: 3-18.
13. SLEDGE, W. H., MORAS, K., HARTLEY, D., LEVINE, M. (1990), Effect of Time-Limited Psychotherapy on Patient Dropout Rates, *Am. J. Psychiatry*, Oct;147(10):1341-7.

L'invisibile curva dello specchio: la deformazione dietro il riflesso

SABRINA DI PERNA, BEATRICE GOLETTA, ANTONELLA MASCI

Summary – THE INVISIBLE CURVE OF THE MIRROR: THE DISTORTION BEHIND THE REFLECTION. This article explores the human tendency to construct distorted internal images of external reality. “Leo is crouching on the floor. He put too much honey in his tea, and for this reason his life is ruined,” recounts Viola as she describes her family drawing. Her reality appears bent by an invisible force that allows only flaws to be seen. For Anita, instead, the possibility of another way of interpreting reality seems barely conceivable: “What if I am the only one who sees the world this way?” Anita and Viola interpret reality through personal lenses: every memory, trauma, or internalized judgment adds an invisible curve to the mirror, giving rise to a self-image and an image of others that are always partial. Their distorted mirrors return fragmented reflections of the self in which it is difficult to recognize oneself. These stories exemplify a key concept in Adler’s Individual Psychology: each person lives according to their own private logic, a unique set of beliefs and interpretations that shapes perception of the world. Past experiences, others’ judgments, and family scripts “scratch” or “fog” perception, distorting the mirror and projecting a reality filtered through personal history and unconscious goals, thus influencing functional finalism. The article reflects on the role of awareness and critical function in resolving such distortions. Actively recognizing one’s internal logic is the first step in straightening the reflection. Only by questioning deeply rooted beliefs can Anita and Viola gradually reorient the Self toward more authentic goals. The development of a critical function emerges as the fundamental tool for reconstructing a less distorted mirror.

Keywords: PRIVATE LOGIC, DISTORTED IMAGE, THERAPIST’S AWARENESS, THERAPIST’S ATTITUDE

Abstract – L’INVISIBILE CURVA DELLO SPECCHIO: LA DEFORMAZIONE DIETRO IL RIFLESSO. L’articolo indaga la tendenza umana a costruire immagini interiori distorte della realtà esterna. “Leo è accovacciato per terra. Ha messo troppo miele nel tè e per questo la sua vita è rovinata”, racconta Viola nella descrizione del disegno della famiglia. La sua realtà sembra piegata da una forza invisibile che lascia vedere solo difetti. Per Anita invece, sembra quasi pensabile la possibilità di un altro modo di leggere la realtà: “E se fossi solo io a vedere il mondo in questo modo?”. Anita e Viola interpretano il reale attraverso lenti personali: ogni ricordo, trauma o giudizio interiorizzato aggiunge una curva invisibile allo specchio, facendo emergere un’immagine di sé e degli altri sempre parziale. I loro specchi deformati restituiscono immagini frammentate di sé in cui è faticoso riconoscersi. Queste storie esemplificano un concetto chiave della psicologia individuale di Adler: ogni persona vive secondo la propria logica privata, un insieme unico di convinzioni e interpretazioni che modula la percezione del mondo. Le esperienze passate, i giudizi altrui e i copioni familiari «rigano» o «appannano» la percezione, deformando lo specchio e proiettando una realtà filtrata dall’unicità della storia personale e degli obiettivi inconsci, influenzando sul finalismo funzionale.

L'articolo svolgerà una riflessione sul ruolo della consapevolezza e della funzione critica nella risoluzione di tali distorsioni. Riconoscere attivamente la propria logica interna è il primo passo per raddrizzare il riflesso. Solo mettendo in discussione le convinzioni radicate Anita e Viola potranno gradualmente ri-orientare il Sé verso scopi più autentici. L'elaborazione di una funzione critica si configura come lo strumento fondamentale per ricostruire uno specchio meno deformato.

Parole chiave: LOGICA PRIVATA, IMMAGINE DEFORMATA, CONSAPEVOLEZZA DEL TERAPEUTA, ATTEGGIAMENTO TERAPEUTICO

*“Non vediamo le cose come sono. Le vediamo come siamo”
(Anais Nin)*

Introduzione

Desideriamo proporre con questo lavoro una riflessione sulle difficoltà, le sfide, gli errori e le opportunità incontrate durante il lavoro con due pazienti: una ragazza e una giovane donna, i cui specchi restituiscono immagini frammentate in cui è faticoso riconoscersi. Sebbene differenti per storia, contesto e manifestazioni di sofferenza, hanno rivelato una trama comune:

- In entrambi i casi, è emersa l'importanza della diagnosi come validatore del dolore e del riconoscimento dell'altro. Il momento diagnostico si è configurato come strumento utile a significare vissuti di rabbia, inadeguatezza e confusione, che concorrono ad incurvare lo specchio restituendo un'immagine lontana dal reale, deformata.
- Aspetto centrale emergente è quello della logica privata di Adler, un insieme unico di convinzioni e interpretazioni che modula la percezione del mondo. Nei casi che presenteremo le esperienze passate, i giudizi altrui e i copioni familiari «rigano» o «appannano» la percezione, deformando lo specchio e proiettando una realtà filtrata dall'unicità della storia personale [2].
- Un altro aspetto emerso nel nostro lavoro è quella dell'ascolto e del rispetto dei tempi dell'altro sia per accedere alle sue zone d'ombra sia per rispecchiare una nuova immagine di sé.
- Punto centrale è stato lo specchio deformante del terapeuta. Se la relazione è il principale strumento che abbiamo per accedere all'altro e ai suoi contenuti profondi, continuo e attento deve essere il lavoro di indagine sulla nostra interiorità, sui nostri specchi.

Abbiamo osservato l'atmosfera relazionale della coppia terapeuta-paziente, con un particolare focus sulla consapevolezza della logica privata del terapeuta, dei suoi sentimenti controtransferali e di come questi possano favorire oppure ostacolare il percorso.

Condividere empaticamente ed emotivamente il luogo e il tempo della seduta significa anche mettere in discussione aspetti importanti del nostro modo di stare nel mondo, sia nel rapporto con l'altro, sia nel rapporto con noi stessi [1].

In questo cammino, la relazione terapeutica e la compartecipazione emotiva assumono un ruolo centrale: lo sguardo autentico e partecipe del terapeuta può aiutare a trasformare gli specchi deformanti che il paziente porta con sé, favorendo una visione più integra e compassionevole di sé stesso.

Il caso di Viola

Il Primo contributo tratta di Viola, una ragazza di 25 anni originaria dell'Emilia Romagna. Nel 2017, segue un percorso di psicoterapia ad indirizzo cognitivo comportamentale, che da subito sembra aver improntato un certo assetto mentale che lascia in lei delle aspettative di un certo tipo sul nostro percorso terapeutico. Dal 2021 assume una terapia farmacologica.

Viola presenta oscillazioni del tono dell'umore sul versante depressivo e una labilità emotiva importanti, con anche pensieri intrusivi di atti anticonservativi. Emergono una forte sensibilità alle dinamiche relazionali ed una intensa reattività emotiva che manda in tilt e fa perdere la lucidità nel modo di percepire il mondo esterno e nel connettersi emotivamente con l'ambiente circostante. Il suo mondo interno appare molto vivo, ma anche inquieto. È come se, il sentire l'eco di questioni legate alla sua storia personale influenzassero il suo modo di vedere e percepire le relazioni e le situazioni.

Vorrei condividere un piccolo stralcio di una lettera che Viola scrive a giugno durante un viaggio in Sicilia per cercare di visualizzare il suo malessere profondo:

“Tu non capisci, non capisci il piacere di avere la salsedine nel naso, il lento fluire delle onde a riva, una in fila all'altra... sentirle scrosciare contro gli scogli ancora e ancora, incuranti del mondo. Sto male, sto male come quando, il secondo anno di università, ho pensato di buttarmi sotto il treno mentre tornavo dall'università a casa ed era un pensiero placido, come un'onda di bassa marea. L'orrore e la paura sono seguiti con comodo, quando ho pienamente realizzato cosa avevo pensato [...] adesso penso a perdere il controllo nella macchina alla guida, al fatto che se cade l'aereo mentre ci sono sopra almeno poi non devo più preoccuparmi di nulla. Come è possibile che ci si aspetti che io torni a lavorare in queste condizioni? Mi sento una bomba ad orologeria pronta ad esplodere. Perché?

Non ho avuto traumi importanti. [...] Sono stanca di fingere che vada tutto bene, sono stanca di giustificare, quando la mia anima è uno straccio strappato, uno stridore di freni attivati troppo tardi, che fende il silenzio della notte con il suo grido straziato. Cosa succede se smetto di fingere di essere intera? Se mi concedo finalmente di smettere di funzionare come agogno? Sono stanca, ho bisogno di riposo, voglio solo sedermi all'ombra e guardare il mare.

[...] cosa c'è che non va nella mia testa che devo essere in guerra con me stessa? Una guerra civile e io stessa sembra avere iniziato per motivi sepolti nella mia memoria. Ho così tante idee per migliorare il mio futuro e il coraggio di provarne assolutamente nessuna. Sono ostaggio di me stessa, una prigionia invisibile che nessuno vede. Non ho mai pensato una singola volta che avrei raggiunto i 20 anni. Non ho idea di cosa fare della mia vita adesso. [...]

Sono debole? Forse. Cento anni fa, sarei morta da piccola.

[...] cosa devo fare con me stessa? Ho sempre una soluzione a tutto, ma non a questo.

[...] Risposte. Voglio solo risposte, forse mi daranno un po' di pace, una tregua alla guerra civile. Voglio solo respirare invece di sospirare.”

Di cosa ha bisogno una psiche così? E che specchio devo avere io per accogliere tutta questa sofferenza?

Nel nostro percorso, il primo passo è stato quello della valutazione psicodiagnostica, che ha significato per Viola non solo un momento di osservazione clinica, ma un'esperienza in cui si è sentita riconosciuta: qualcuno che prendeva sul serio e validava il suo malessere, senza sminuirlo, offrendole per la prima volta un'esperienza diversa da quella familiare: per anni, i suoi genitori avevano interpretato la sua sofferenza come un'esagerazione, invitandola a *“farsi scivolare addosso le cose”*, come se la sua sensibilità fosse un difetto da correggere o un ostacolo da superare con la forza di volontà, provocando in lei una profonda chiusura ed una rabbia silenziosa nei loro; è come se una parte di lei riconoscesse la problematicità delle dinamiche familiari, ma contemporaneamente ci fosse un quasi rifiuto a parlarne: non c'è ancora la possibilità di entrare dentro a quel dolore, a quella rabbia e a quel senso di non essere mai stata davvero vista.

Entrare in relazione con Viola non è stato semplice. Lei si presenta come schiva, protetta da una corazza fatta di silenzi e di frasi brevi, come se non volesse concedere a nessuno l'accesso al suo mondo interiore; fa fatica a mantenere il contatto visivo lo sguardo è sfuggente, come se non riuscisse a *“sostenere lo specchio”* della relazione terapeutica: incontrare il mio sguardo probabilmente significherebbe rischiare di vedersi riflessa negli occhi di un altro, movimento vissuto ancora come troppo minaccioso: *“Non guardarmi troppo da vicino, non vedere tutto di me”*. In questo modo si protegge, ma contemporaneamente rimane invisibile, intrappolata in uno specchio deformante che restituisce immagini frammentate e confuse.

In quei momenti, la sfida per me è stata non rispecchiare la sua chiusura con un irrigidimento del setting, ma rimanere presente e flessibile, cercando di cogliere anche i bisogni inconsci di vicinanza che lei non riesce a esprimere a parole ed a concedersi. Questo ha significato, talvolta, uscire dai confini più rigidi della tecnica per offrirle la sensazione di uno spazio sicuro, in cui non fosse costretta a difendersi, dove potesse iniziare a esistere senza sentirsi giudicata o fraintesa [6].

La relazione terapeutica, diventa quindi uno spazio transazionale e di trasformazione che si crea tra la persona e il terapeuta, ma anche, più in generale, tra il mondo interno della persona e la realtà esterna [7].

Diventa un momento chiave che permette alla persona di vivere ed avere un'esperienza diversa rispetto a quanto provato.

Il percorso con Viola continua a ricordarmi quanto sia delicato il compito dello psicoterapeuta: diventare uno specchio che non deforma, che non restituisce un'immagine spaventosa o irraggiungibile, ma che permetta al paziente di iniziare a vedersi e riconoscersi, forse per la prima volta.

Se in questo caso abbiamo potuto osservare come il percorso diagnostico, il riconoscimento del paziente e la vicinanza emotiva abbiano rappresentato elementi centrali del lavoro terapeutico, nel prossimo caso ritroviamo questi stessi aspetti, ma in una forma che apre a ulteriori considerazioni. Qui infatti diventa più evidente la dinamica della logica privata del terapeuta e la deformazione del proprio specchio come elementi essenziali che, se riconosciuti e consapevolizzati, permettono di mantenere una posizione di empatia, collaborazione e non giudizio nel lavoro con le persone che incontriamo.

Il caso di Anita

Anita è una ragazza di 19 anni che ha sviluppato un quadro di grave sofferenza emotiva caratterizzata da ansia intensa, angoscia di separazione e crolli nella regolazione dell'autostima. In ambito familiare è inserita in una dinamica relazionale fortemente conflittuale in cui svolge un ruolo di mediazione tra la sorella e i genitori. Il peggioramento della situazione, con la comparsa di comportamenti autolesivi e uso di sostanze è associato alla separazione dall'ex partner e dal suo gruppo di amici. Nonostante fosse caratterizzata da aggressività e manipolazione, la relazione regolava l'esperienza del Sé e soddisfaceva il sentimento di appartenenza.

La logica privata di Anita le impone di mostrarsi sempre perfetta, forte, di successo, come se fosse l'unica modalità accettabile per essere amata, riconosciuta o sentirsi al sicuro. Ma le situazioni minacciose di perdita e abbandono sono destabilizzanti al punto da portarla a leggere e interpretare con difficoltà gli stati emotivi delle altre persone, a fraintendere le loro intenzioni. Allora lo specchio in cui si riflette rimanda un'immagine di sé instabile, fragile, vulnerabile e questa discrepanza tra come vorrebbe apparire e ciò che percepisce come vera immagine di sé genera angoscia e terrore.

Il senso di urgenza di cui Anita è portatrice, carico di paura e solitudine grida riconoscimento. Ma la risposta del terapeuta a quel grido è stata inizialmente guidata dalla sua personale logica privata che ha funzionato come lente deformante.

Il terapeuta sente l'urgenza di lavorare sul rinforzo e la valorizzazione di qualità e risorse personali della ragazza per promuovere un'immagine di sé positiva nella paziente. Questo atteggiamento del terapeuta però non le permetteva di sentirsi rispecchiata e di nuovo le rimandava un'immagine deformata, rischiando di trasformare gli incontri in un'occasione mancata di ricevere quell'accudimento e quella dedizione rimasti in sospeso in età infantile [4].

Vedere il mondo attraverso i suoi occhi, attraverso il suo specchio ha significato invece entrare in contatto con il suo vissuto d' inferiorità, con la sua percezione del mondo, rinunciando momentaneamente a quello che lo specchio personale del terapeuta rimandava di lei.

L'invasività di quella sofferenza sollecitava le difese del terapeuta, le quali se non riconosciute, avrebbero ostacolato l'incontro.

Poter incontrare e riconoscere davvero l'altro richiede la capacità di frequentare coraggiosamente la propria interiorità e i limiti del proprio agire, confrontandosi con la deformazione del proprio specchio, con la propria inferiorità, con la fragilità del terapeuta stesso. Solo la permeabilità ci consente di essere attraversati dalla presenza dell'altro e di vivere un vero e proprio incontro [5].

Stare con lei nel naufragio, vedere il mondo attraverso i suoi occhi e affrontare ciò che a lei e alle persone intorno a lei sembravano ingestibili e intollerabili è ciò che ha prodotto una curvatura diversa allo specchio permettendole una visione di sé stessa differente e più aderente alla realtà, con una graduale riduzione della pervasività sintomatica.

Il caso presentato evidenzia l'importanza della consapevolezza della logica privata del terapeuta e del controtransfert per la creazione di un contesto positivo di validazione empatica. L'atteggiamento terapeutico permeabile e riflessivo facilita la regolazione affettiva e consente un reale incontro con il paziente, il solo a essere trasformativo. Come ogni individuo, infatti, il terapeuta costruisce la propria logica privata fatta di schemi soggettivi, convinzioni personali e pregiudizi di cui deve rendersi consapevole così che non ostacolino l'incontro con il paziente.

Se il terapeuta non distingue la propria logica privata da quella del paziente, rischia di *sovrapporre* i propri significati, dando interpretazioni non utili o direttive che riflettono più il suo stile di vita che quello della persona, andando a rinforzare la curvatura deformante dello specchio; magari difendendo e chiudendosi in tecnicismi rigidi che rendono difficile una vicinanza e una compartecipazione emotiva con la persona [3].

Se non siamo permeabili e porosi, non riusciamo a concepire l'altro, non riusciamo neanche a pensarlo, ad integrare le sue emozioni. Rimaniamo ostaggio delle nostre convinzioni, della nostra logica privata e cerchiamo nell'altro soltanto quello che la conferma.

L'impermeabilità ci condanna a essere ciechi, selettivi e a non vedere oltre i riflessi del nostro specchio. L'accoglienza empatica, la permeabilità terapeutica e la disponibilità a sostenere la sofferenza delle persone che incontriamo favoriscono la decodifica del dolore sottostante l'aggressività e la rabbia, permettendo loro di sentirsi viste e sostenute.

Secondo Irvin Yalom, se alla fine della terapia interroghiamo i pazienti a proposito del processo, essi non ricorderanno mai le idee, ma sempre la relazione.

Bibliografia

1. ADLER, A. (1920), *Praxis und Theorie der Individualpsychologie*, tr. it. *Teoria e prassi della psicologia individuale*, Astrolabio, Roma 1978.
2. ANSBACHER, H. L., ANSBACHER R. R. (1956), *The Individual Psychology of Alfred Adler*, tr. it. *La Psicologia Individuale di Alfred Adler*, Martinelli, Firenze 1997.
3. DREIKURS, R. (1963), *Psychodynamics, Psychotherapy and Counseling*, University Oregon Press, Oregon.
4. GRANDI, G. L. (2016), *Amore e Psiche*, Effatà Editrice, Cantalupa (TO).
5. GRANDI, G. L. (2019), *Se questo è un altro*, Effatà Editrice, Cantalupa (TO).
6. PARENTI, F. (1983), *La Psicologia Individuale dopo Adler*, Astrolabio, Roma.
7. WINNICOTT, D. W. (1971), *Playing and Reality*, tr. it. *Gioco e realtà*, Armando, Roma 2005.

Specchio delle mie brame: la fiaba nel panorama sociale e psicologico attuale

SILVIA FAGONE BUSCIMESE, ROSA URSI

Summary – MIRROR, MIRROR ON THE WALL: THE FAIRY TALE WITHIN THE CONTEMPORARY SOCIAL AND PSYCHOLOGICAL CONTEXT. Fairy tales have accompanied - and continue to accompany - generations of children in their developmental journey, through the many fantastical scenarios that stimulate the imagination and help build both the personal and collective foundations of their psychic and social reality. According to Bruno Bettelheim, “fairy tales communicate through the language of symbols, which are meant to convey unconscious content,” and their primary purpose is to help the children discover and realize their own identity. In 2025, the film *Snow White*, the latest adaptation politically correct of the Grimm Brothers’ fairy tale, was released in theaters. Its story and ending had already been altered in the 1937 Walt Disney live-action version. The media impact has been very strong, and critics have discussed it widely. The characters from the original story are reinterpreted: even the title, stripped of the ‘seven dwarfs,’ evokes a different imaginary world. The stepmother and the prince are portrayed and narrated with different traits and functions, and *Snow White* distances herself from the ‘submissive,’ compliant character of earlier versions. What are the new meanings? Which stereotypes of the masculine and the feminine are conveyed, and which identifications are activated? Do fairy tales represent a mirror of society, or a means through which society seeks to ‘impose’ certain trends? The presented in-depth analysis aims to open considerations on the social and cultural changes that impact an individual’s psychologism according to the Adlerian perspective; how concepts such as the will to power and the masculine protest take shape and manifest in clinical practice; and to what extent-and in what ways-cultural meanings and value-based beliefs influence the construction of one’s identity. The little girls, teenagers, and young women whom we encounter today along our personal and professional paths-how do they see themselves when they look in the mirror? What internal image do they build of themselves, of others, and of the world? What confirmations do they seek from their ‘enchanted mirror’?

Keywords: SNOW WHITE, ACTUALITY AND FAIRY, MASCULINE PROTEST, PSYCHODINAMIC MEAN, WOMAN HOOD, CLINICAL CONTEXT

Abstract – SPECCHIO DELLE MIE BRAME: LA FIABA NEL PANORAMA SOCIALE E PSICOLOGICO ATTUALE. Le fiabe hanno accompagnato e continuano ad accompagnare generazioni di bambini nello sviluppo evolutivo attraverso i molteplici scenari di fantasia che stimolano l’immaginario e contribuiscono a costruire i personali e collettivi tasselli della realtà psichica e sociale. Secondo Bruno Bettelheim “le fiabe comunicano attraverso il linguaggio dei simboli, i quali vogliono veicolare un contenuto inconscio” e la loro funzione principale è quella della scoperta e realizzazione della propria identità da parte del bambino. Nel 2025 è uscito nelle sale cinematografiche il film “*Biancaneve*”, ultima versione politicamente corretta della fiaba dei fratelli Grimm, la cui storia e il finale erano già stati modificati nel live action del 1937 firmato Walt Disney.

L'impatto mediatico è stato molto forte e la critica ne ha discusso ampiamente: i personaggi della storia originale sono rivisitati: già il titolo, privato dei "sette nani", rimanda ad un immaginario diverso; la matrigna e il principe sono personaggi descritti e narrati con caratteristiche e funzioni diverse; Biancaneve si allontana dal personaggio "sottomesso" e accomodante. Quali sono i nuovi significati? Quale stereotipo del maschile e del femminile viene veicolato e quali identificazioni vengono attivate? Le fiabe rappresentano uno specchio della società o un mezzo attraverso il quale la società vuole "imporre" delle tendenze? L'approfondimento che viene proposto vuole aprire a riflessioni circa i cambiamenti sociali e culturali che impattano sullo psicologismo dell'individuo secondo la lettura adleriana; come si declinano e si manifestano nella clinica concetti come la volontà di potenza e la protesta virile; quanto e come i significati culturali, le convinzioni valoriali condizionano la costruzione della propria identità. Le bambine, le adolescenti, le giovani adulte che incontriamo oggi nei nostri percorsi di vita e di lavoro come si guardano allo specchio? Quale immagine interna costruiscono di se stesse, degli altri e del mondo? Quali conferme chiedono allo "specchio delle brame"?

Parole chiave: BIANCANEVE, ATTUALITÀ E FIABA, PROTESTA VIRILE, SIGNIFICATO PSICODINAMICO, FEMMINILITÀ, CONTESTO CLINICO

Vedere il nuovo *Biancaneve* al cinema ha attivato in una delle autrici un senso di spaesamento, perché è cresciuta con *Biancaneve e i sette nani*, che può definirle il cartone Walt Disney della sua infanzia. Tuttavia, se il cartone ha parlato alla bambina che è in lei, il film avvicina e crea empatia con la vita da adulta. Ed è qui che noi ci siamo interrogate: cosa è successo alla nostra principessa?

Quali nuovi processi psichici racconta? Di quali influenze sociali, culturali ed economiche ci parla? Per dare supporto alla nostra curiosità, partendo da quanto scrivono a proposito Adler in *Prassi e teoria* ed altri autori adleriani come Coppi [5, 6] abbiamo approfondito il tema anche con una bibliografia di matrice Junghiana [3, 7, 8, 9, 10].

Già la prima versione Disney presenta differenze sostanziali rispetto alla fiaba originale dei fratelli Grimm da cui è tratta, per rendere la storia meno cruda dell'originale nel quale non era una matrigna cattiva a volere la morte di Biancaneve, ma la sua stessa madre. Anche la visione stereotipata dei ruoli maschili e femminili presente in questa e in altre fiabe è stata messa in discussione a favore di una narrazione più vicina all'attualità e più attenta alle tematiche di genere. Tuttavia, la funzione psicologica da sempre svolta dalle fiabe si basa su tematiche senza tempo, in questo caso sugli intensi conflitti che l'essere umano attraversa nel passaggio dall'infanzia all'adolescenza.

I fratelli Grimm affermarono che le fiabe, erano *'frammenti di uno specchio rotto, sparsi nell'erba'*. I Grimm erano convinti che qualsiasi uomo o donna avrebbe potuto specchiarsi dentro, poiché le fiabe sono uno specchio della realtà umana... [3].

Bettelheim [Ivi] mette in luce il legame di questi racconti con i contenuti che da sempre occupano la nostra mente: le paure, i desideri, la morte, l'abbandono, la crescita, la separazione, l'odio, l'invidia.

L'archetipo è ancora attuale ma il suo adattamento nel film affronta i significati attraverso una lente contemporanea: questi significati sono collegati sia ai personaggi che alla storia stessa che rappresenterebbe il passaggio e la trasformazione dall'essere bambina all'essere adulta.

La madre buona e la matrigna cattiva possono rappresentare l'immagine del drago a due teste che ci pone nella polarità bella/brutta, divina/strega, buona/cattiva senza considerare che la vita è il processo che scorre tra queste due polarità.

La figura della matrigna diventa essenziale nel passaggio, nella trasformazione di Biancaneve dalla bambina all'essere adulta.

Nel passaggio evolutivo di Biancaneve la sua fuga nel bosco può rappresentare una tappa indispensabile per l'individuazione [10] di ogni persona, il distacco dalla famiglia e le innumerevoli emozioni (il bosco) che ne conseguono.

La casetta dei sette nani è una sorta di ritiro: rappresenta il luogo in cui Biancaneve, lontana dall'influenza genitoriale, forma la sua identità fino a diventare una donna. Le figure dei nani sono state interpretate secondo diverse chiavi di lettura: nani come forze interiori che lavorano nelle miniere e quindi nei luoghi più profondi della psiche, oppure nani come uomini incompleti e quindi come rappresentazione della psiche ancora da definire, o ancora come figure intermedie tra adulti e bambini, non ancora sessuate, come non lo è Biancaneve in questa fase della sua crescita [7, 8, 9].

Qualunque sia la lettura, i nani, tanto dibattuti nel film di quest'anno, non perdono il loro potenziale psicoanalitico rispetto al simboleggiare le diverse parti della personalità di Biancaneve, le forze più profonde che devono essere integrate per formare un sé completo e maturo e sono stati adattati ad un contesto che oggi tiene molto in considerazione i temi del body shaming.

I lavori di casa che Biancaneve deve svolgere per poter essere ospitata dai nani possono rappresentare quella fase dello sviluppo del bambino, collocato tra l'infanzia e l'adolescenza, in cui dominano l'apprendimento, l'industriosità, il mettersi alla prova, il cooperare.

Continuando nel percorso di vita di Biancaneve, la morte apparente rappresenterebbe proprio il distacco, attraverso "l'assaggio dell'illecito" tipico del periodo adolescenziale, dalla bambina alla giovane adulta; il principe, con il suo bacio anche questo elemento tanto dibattuto, altro non sarebbe che una parte interiore di se stessa, quella più matura e responsabile che permette la rinascita e di affrontare la vita senza condizionamenti.

Il consenso del bacio inserito nel film anch'esso è un "risultato" dei cambiamenti sociali, un elemento in più riadattato in cui viene rimarcata l'importanza per le giovani donne nella loro crescita di raggiungere sempre più consapevolezza rispetto ai propri confini e all'essere artefici delle proprie scelte.

Quindi il significato della storia di Biancaneve può davvero essere ancora attuale e universale e dar corpo a fantasie inconsce che sono già presenti nella psiche dei bambini, permettendo di vedere che alla fine gli ostacoli vengono superati.

Per citare Jung, la fiaba è "l'espressione più pura dei processi psichici dell'inconscio collettivo e ne rappresentano gli archetipi in forma semplice" [10].

La fiaba ha quindi a che fare con la collettività, ovvero è lo specchio della situazione sociale, culturale delle varie epoche: la narrazione delle fiabe, il linguaggio usato, gli aggettivi o la descrizione degli abiti e dei costumi delle figure femminili e non solo, riflettono la realtà di un'epoca.

Nello stesso tempo hanno a che fare con l'individuo, con i suoi bisogni psichici: il bambino si identifica con l'eroe, con le sue lotte e quindi la fiaba lo guida con una possibile risoluzione ai suoi conflitti interiori. La bambina si misura e si specchia attraverso il personaggio affrontando le sue paure più profonde.

La nuova narrazione cinematografica di Biancaneve mostra una donna artefice della propria salvezza, coraggiosa e indipendente. Durante tutto il film la principessa si ripete di essere impavida, sincera, onesta e fiera. Siamo ben lontani dallo stereotipo di femminilità veicolato negli anni della prima versione. Questo è già un processo che la Walt Disney sta portando avanti con le protagoniste delle nuove produzioni cinematografiche, si pensi ad esempio a Vaiana, dove la massima realizzazione di sé non coincide con il matrimonio, ma con la conquista dell'indipendenza; oppure la principessa Elsa di Frozen, in cui viene rappresentata l'alleanza femminile e non la rivalità o la gelosia tra sorelle. Sono fanciulle che manifestano la volontà di esplorazione, sono più curiose che spaventate.

Le fiabe di oggi hanno la pretesa di avere la responsabilità educativa, spiegano e indirizzano come bisogna essere. Le rivisitazioni colpiscono a livello razionale, ma cosa arriva agli occhi del bambino?

Dove è andato a finire il significato profondo della fiaba che indirizzava il bambino verso la scoperta della sua identità, suggerendo esperienze importanti e necessarie per sviluppare il suo carattere attraverso l'accettazione del rischio e della lotta per superare le frustrazioni, ma anche l'abbandono dell'idea di rassegnazione alle avversità e al destino?

Le fiabe offrono dei personaggi in cui il bambino può esteriorizzare quanto avviene nella sua mente in modo incontrollabile. Le fiabe mostrano al bambino come può dar corpo ai suoi desideri distruttivi in un solo personaggio, ricevere desiderate soddisfazioni da altro, identificarsi con un terzo, avere attaccamenti ideali con un quarto e così via, a seconda dei suoi bisogni in quel momento. I personaggi delle fiabe si muovono in modo tale da suggerire al bambino quali sono i successivi passi da muovere verso la maturità.

Sembra pertanto che le fiabe oggi abbiano perso il significato più profondo e psico-analitico e siano meno al servizio dell'infanzia e delle connessioni più inconsece per favorire una comunicazione più diretta con l'adulto, con i genitori che le usano come strumenti educativi per veicolare messaggi sociali e di evoluzione culturale.

Questo non è necessariamente negativo, ma è importante non perdere completamente di vista la funzione più profondamente emotiva ed accompagnare i nostri bimbi ad allargare la gamma dei vissuti senza paure o angosce.

In particolare, i personaggi femminili oggi raccontano una donna che non è sempre solo una povera fanciulla vittima di angherie, ma che rispecchia più stili e bisogni. La von Franz comparava l'interpretazione di alcune fiabe e personaggi femminili con i casi clinici di cui si era occupata [7, 8, 9] ed anche noi abbiamo provato a trovare correlazioni con la vita reale e con le giovani pazienti che incontriamo nei nostri studi.

Possiamo associare alcuni personaggi delle fiabe con situazioni reali anche attraverso il concetto adleriano riadattato, ma ancora attuale, di protesta virile [1]. Infatti troviamo l'opposizione maschile-femminile e a volte il rifiuto del proprio ruolo femminile, attraverso personaggi che sfidano le aspettative sociali, troviamo la lotta per il successo, imprese coraggiose, opposizioni alle ingiustizie.

Il rischio è, come ricorda Adler [2], che si mettano in atto dinamiche che possono condurre a sintomi e segnali di un rifiuto della propria immagine femminile; il bisogno di scostarsene si traduce in dismenorrea, vaginismo e frigidità.

Adler, analizzando il proprio contesto sociale, individuò in una tradizione ancora impostata sulla subordinazione femminile, lo stimolo di partenza per una protesta virile; ma le caratteristiche psichiche proprie dell'uomo e della donna sono il risultato dei costumi sociali e non sono condizionate da nessuna differenza biologica.

Dunque la protesta virile comprende tutte le compensazioni fondate sull'esasperazione di uno stile di vita improntato alla convenzionalità maschile e presume un'opinione dequalificante sullo stile di vita femminile; può essere intesa come supercompensazione del sentimento di inferiorità.

In questa lotta contro il ruolo femminile, Adler in *Prassi e teoria* [1] individua tre tipi di donne:

Un primo tipo si svilupperà lungo una direzione attiva virile; queste donne lottano per conseguire il successo finale, sono energiche e ambiziose, sono interessate alle occupazioni riservate agli uomini. Il ricorso ad un certo grado di virilità rappresenta dunque una difesa dal ruolo femminile.

Un secondo tipo di donna manifesta una certa rassegnazione, mostrando capacità di adattamento, obbedienza e umiltà. L'apparente adattamento, rivela poi goffaggine che non le consente di imparare le arti femminili, può mostrare in modo ostentato la propria debolezza o manifestare sintomi per ricevere attenzione e considerazione.

Infine le donne appartenenti all'ultimo tipo sono pienamente convinte dell'inferiorità femminile e ritengono perciò che spetti all'uomo adempiere a quei compiti che richiedono maggiori capacità, rinforzando in questo modo la posizione privilegiata maschile. Questa riflessione ci ha fatto pensare ad alcune nostre giovani pazienti, al femminile da loro interiorizzato e alla eventuale protesta virile messa in atto.

Come Laura, 15 anni, la cui mamma vive in un'altra regione italiana mentre lei convive con il papà. La madre ha lasciato la figlia quando ella aveva 8 anni e attualmente ha una relazione stabile con un altro compagno. Laura ha strutturato uno psicologismo dedito all'operosità e alla prestazione, andare bene a scuola, dare il massimo nello sport: riconosce il suo valore solo quando prende voti alti o arriva tra i primi posti a una gara, altrimenti percepisce un profondo senso di vuoto.

Laura al contempo rifiuta gli aspetti del suo corpo che sono collegati alla femminilità: non vuole avere il seno, lo copre con felpe larghe e non riesce a lavare le sue parti intime. Possiamo affermare che vive all'interno di una finzione: faccio come se il mio corpo femminile non esistesse. Con il tempo è riuscita a collegare questi aspetti corporei alla provocazione ed è quindi emersa la paura di avvicinare sessualmente i ragazzi. La vergogna derivata dal poter essere potenzialmente seduttiva la allontana da un femminile materno interiorizzato che ha caratteristiche distruttive e pericolose.

Come lavorare sulle sue immagini interne? Come sentire e come connettersi con le sue parti buone e le sue parti cattive?

Il lavoro psicoterapeutico dovrà integrare e far interagire i diversi "personaggi interni"!

E ci dobbiamo inoltre porre diverse domande su come individuare le identificazioni delle nostre pazienti e contattare le nostre identificazioni ed evoluzioni e porre maggiore attenzione all'immaginario che si fa parola attraverso sogni, metafore e fiabe divenendo così uno spazio privilegiato di comunicazione con l'inconscio.

Le proposte cinematografiche attuali accompagnano ad esplorare e integrare le parti di sé piacevoli e meno piacevoli per uno sviluppo identitario maggiormente in linea con il proprio sé.

Come terapeuti dobbiamo potenziare sempre di più la capacità di decentrarci da ciò che sono i personali vissuti, esperienze e letture degli stimoli che arrivano dalla realtà e dalla fantasia "dei nostri tempi" per sintonizzarci con quelle che sono le nuove e diverse lenti che le giovani che incontriamo usano o dispongono per affrontare le varie situazioni ed esperienze.

Bibliografia

1. ADLER, A. (1920), *Praxis und Theorie der Individualpsychologie*, tr. it. *Prassi e teoria della Psicologia Individuale*, Mimesis, Milano-Udine 2025.
2. ADLER, A. (1927), *Co-operation between the Sexes: Writings on Woman and Men, Love and Marriage and Sexuality*, a cura di ANSBACHER, H. L., ANSBACHER, R. R. (1982), tr. it. *La cooperazione tra i sessi, scritti sulle donne e sugli uomini, sull'amore, il matrimonio e la sessualità*, Edizioni Universitarie Romane, Roma 2001.
3. BETTELHEIM, B. (1975), *The Uses of Enchantment: The Meaning and Importance of Fairy Tales*, tr. it. *Il mondo incantato. Uso, importanza e significati psicoanalitici delle fiabe*, Feltrinelli, Milano 2013.
4. CALVINO, I. (1988), *Sulla fiaba*, Einaudi, Torino.
5. COPPI, P. (1993), Il maschile e il femminile nella fiaba, *Riv. Psicol. Indiv.*, 34: 89-102.
6. COPPI, P. (1990), La fiaba come finzione: simboli dell'autore e loro elaborazione infantile, con particolare riguardo al senso d'inferiorità e alle sue compensazioni, *Riv. Psicol. Indiv.*, 34: 89-102.
7. FRANZ, M. L. von. (1935), *Interpretation of Fairy Tales*, tr. it. *Le fiabe interpretate*, Bollati Boringhieri, Torino 1980.
8. FRANZ, M. L. von. (1938), *The Feminine in Fairy Tales*, tr. it. *Il femminile nella fiaba*, Bollati Boringhieri, Torino 1983.
9. FRANZ, M. L. von. (1940), *Psychological Meaning of Redemption Motif in Fairy Tales*, tr. it. *Le fiabe del lieto fine*, edizioni RED, Novara 1986.
10. JUNG, C. G. (1934), *Archetypen des Kollektiven Unbewussten*, tr. it. *Gli archetipi dell'inconscio collettivo*, in *Opere*, vol. 9°, Bollati Boringhieri, Torino 1997.
11. SANTAGOSTINO, P. (2004), *Guarire con una fiaba*, Feltrinelli, Milano. Milano 2010.

Il paziente ascolta (!?) le parole del terapeuta ma ne copia e incorpora soprattutto le emozioni riflesse. Sentimento Sociale e Neurobiologia

SECONDO FASSINO, GIAN GIACOMO ROVERA

Summary – THE PATIENT LISTENS (!?) TO THE THERAPIST’S WORDS BUT COPIES AND INCORPORATES PRIMARILY THE REFLECTED EMOTIONS. Social Feeling and Neurobiology. In the therapeutic relationship, emotions, fictions, and authentic experiences of alliance and change are articulated, overlapped, and erased. The therapeutic relationship is characterized by constant mirroring and mutual imitation between patient and therapist, especially regarding emotions. The clinical approach that considers affect regulation aims to develop awareness, expression, regulation, and transformation of emotions, including and especially those of the therapist in the setting, as a process of integration and change essential for resilience and psychological well-being. It is likely that the therapist’s copying of the patient’s modified expression of emotional experience-since it is accepted, therefore acceptable, and supported by the therapist-performs regulatory functions of care and treatment. It is as if the patient “sees” and “feels” in the therapist an “image,” a more manageable version of what the patient himself is experiencing., The therapist’s Social Feeling (re)activates, through deep contact, that of the patient and is also aimed at the therapist’s self-care.

Keywords: EMOTION REGULATION, SOCIAL FEELING, THERAPEUTIC ALLIANCE

Abstract – IL PAZIENTE ASCOLTA (!?) LE PAROLE DEL TERAPEUTA MA NE COPIA E INCORPORA SOPRATTUTTO LE EMOZIONI RIFLESSE. SENTIMENTO SOCIALE E NEUROBIOLOGIA. Nella relazione terapeutica si articolano, sovrappongono, annullano emozioni finzioni e esperienze autentiche di alleanza e di cambiamento. La relazione terapeutica si caratterizza da continui rispecchiamenti e reciproche imitazioni, tra paziente e terapeuta. L’approccio clinico che considera la regolazione delle emozioni, affetti mira a sviluppare la consapevolezza, l’espressione, la regolazione e la trasformazione delle emozioni, anche e specialmente quelle del terapeuta all’interno del setting, come un processo di integrazione e cambiamento, essenziale per resilienza e benessere psicologico. È probabile che la copiatura da parte del terapeuta dell’espressione modificata dell’esperienza emotiva del paziente stesso - in quanto accolta, quindi accettabile, supportata dal terapeuta - svolga funzioni regolatrici di accudimento e cura. È come se il paziente “vedesse”, “sentisse” nel terapeuta una “immagine”, una versione più gestibile di ciò che il paziente stesso sta sperimentando. Il Sentimento Sociale del terapeuta (ri)attiva per contatto profondo, quello del paziente e risulta pure finalizzato alla cura di sé.

Parole chiave: REGOLAZIONE DELLE EMOZIONI, SENTIMENTO SOCIALE, ALLEANZA TERAPEUTICA

I. Emozioni e loro regolazione

Le emozioni primarie (come paura, rabbia, odio, tristezza, etc.) e secondarie (come vergogna, gelosia, orgoglio, empatia, etc.) *represses e irrisolte* possono indurre **(de)formazioni** dei valori e simboli guida anche subliminali che si impregnano di individualismo, egocentrismo, narcisismo, arroganza, sopraffazione, consumismo, estetismo, etc.: queste (dis)orientano lo sviluppo della personalità *con modalità transdiagnostiche* in adolescenti e giovani adulti in sostituzione/conflitto con i valori pro-sociali dell'appartenenza e cooperazione, rispetto, riguardo, altruismo, empatia, compassione, soccorevolezza, etc.

La disregolazione emotiva è da qualche anno al centro di ricerche in psichiatria e psicologia clinica. Il modo in cui le persone regolano dentro di sé le proprie emozioni (cioè, la regolazione intrapersonale delle emozioni) è da considerare correlato al modo con cui le persone regolano le emozioni tra di loro, cioè *regolazione interpersonale delle emozioni* (IER).

La rilevanza della stessa risiede nel suo impatto trasversale su vari disturbi mentali, tra cui il disturbo borderline di personalità, la depressione maggiore, il disturbo bipolare, i disturbi d'ansia, l'ADHD e il disturbo da stress post-traumatico. Comprendere i meccanismi sottostanti a questa difficoltà emotiva è essenziale per terapie e prevenzioni efficaci [3, 18].

Oggi la teoria dell'attaccamento è di fatto una *teoria della regolazione degli affetti*. Questa enfasi sui sistemi dell'emisfero destro che sono alla base dell'attaccamento e del cambiamento evolutivo ha a sua volta creato connessioni più profonde con i modelli clinici di cambiamento psicoterapeutico psicodinamico [28, 29].

Il ruolo crescente della *regolazione delle emozioni* (ER) nella pratica clinica viene discussa di recente su *World Psychiatry 2024* la principale rivista scientifica internazionale di Psichiatria in due interventi distinti di M. Berking e di M. Ratcliffe [6, 22]. Dal momento che un'insufficiente capacità di *regolazione delle emozioni* è un importante fattore di perpetuamento della psicopatologia, gli psichiatri dovrebbero acquisire al proposito specifiche competenze. Al contenitore relazionale di questi atteggiamenti [26] compete un importante ruolo di *scaffolding*: insieme di strategie psico/pedagogiche di supporto, sostegno e tutoraggio.

Già gli studi psicopedagogici dell'ultimo Adler [2] avevano inteso questa attitudine come *processo di incoraggiamento* (... ogni volta che un genitore insegna al figlio a camminare, a parlare...) in cui sono però presenti molti aspetti inconsapevoli e impliciti... rappresentando questo il percorso fondamentale nella psicoterapia di orientamento psicologico-individuale adleriana (IP). *La regolazione delle emozioni* (ER) nei genitori, specie in presenza di psicopatologia anche sottosoglia, ha un rilevante impatto sulla qualità delle loro attitudini genitoriali.

Il paziente ascolta (!) le parole del terapeuta ma ne *copia* e *incorpora* soprattutto le emozioni riflesse.
Sentimento sociale e neurobiologia 267

Dalla recente review sistematica di Zitzmann e coll., [35] la prima di questa importanza, risulta come la disregolazione emotiva dei genitori influenza gravemente la salute mentale dei figli: i clinici dovrebbero quindi non solo curare i sintomi psicopatologici, ma anche promuovere la regolazione delle emozioni nei genitori.

A questo proposito lo studio trasversale di Amianto e coll. [4] ha evidenziato come le percezioni dei genitori sottostimano la sofferenza dei 114 adolescenti osservati con anoressia nervosa (AN). La disincronia emozionale genitore-figlia è in gran parte correlata alla psicopatologia delle figlie, anche se non è chiaro se contribuisca all'insorgenza o ne sia invece conseguenza. Gli interventi che promuovono la sincronizzazione emotiva risultano rilevanti nel trattamento degli adolescenti con AN.

Le ricerche delle scienze affettive, ambito di riferimento della regolazione delle emozioni, sono tuttavia cresciute in disordine a causa di una moltitudine di ipotesi diverse. La task force di 173 ricercatori coordinata da D. Schiller e A. Yu et al. [27] hanno cercato metodi di studio per rispondere al quesito di fondo: *perché esistono i fenomeni affettivi umani, qual è il loro scopo? Il principio teleologico* viene riconsiderato come fondamentale per le ricerche sul tema, ritenendolo adatto ad organizzare le diverse contrastanti ipotesi del campo dei fenomeni affettivi umani. Se ne intuiscono importanti conseguenze nella conoscenza e nella cura dei disturbi psicologici.

L'insieme dei fenomeni affettivi umani, *Human Affectome*, nella loro interezza non può essere spiegato che dagli scopi, consci e inconsci, espliciti, impliciti annidati, coperti, difesi e intrecciati: gli scopi principali sono garantire la fattibilità (con eventuale induzione dell'azione), eseguire operazioni, attuare rilevanza e elaborarne significati e astrazione [27]: *Human Affectome* quindi sarebbe regolato, in parte almeno, dal principio teleologico secondo cui gli organismi umani *mettono in atto* rilevanza e significato degli affetti. Tutti i fenomeni affettivi sono quindi enattivi, mettono cioè in movimento una ricerca di significato.

Il finalismo o teleologismo, in passato criticato e considerato un ostacolo alla ricerca scientifica, e ricomparve solo due secoli più tardi in alcune teorie filosofiche vitalistiche. Mentre la psicoanalisi di Freud è caratterizzata dal principio deterministico, Adler [1] propose alla base della IP una versione finzionale /finalistica delle dinamiche psichiche, appoggiandosi alla teoria del *come se* di Vaihinger.

Le manifestazioni psichiche e comportamentali, normali e patologiche, sono considerate alla luce dello scopo, conscio/inconscio, che si prefiggono. Il concetto di meta finzionale assegna al terapeuta IP "una fase supplementare ...la ricerca dello scopo, più spesso inconscio e fittizio, dei sintomi.... Nel setting privilegiare gli *scopi* rispetto alle *cause* consente un clima comunicativo, implicito ed emotivo, di maggior libertà, speranza e creatività [16].

Il termine “emozione” è utilizzato come *designazione ombrello*, comprendente fenomeni come sentimenti, affetti, esperienze, espressioni e, a volte, processi cognitivi. Un recente modello psicobiologico di Walla, Wolman e Northoff (2025) [36] semplifica significativamente il concetto di un’emozione e previene l’uso intercambiabile di termini legati alle emozioni. Le emozioni sono reazioni istantanee, intense e temporanee a uno stimolo, mentre i sentimenti sono esperienze, vissuti più durature e consapevoli che derivano dall’interpretazione di quelle emozioni.

L’affetto è un termine più ampio che può indicare un insieme di emozioni e stati emotivi, spesso legato alla sfera relazionale. Il suggerimento degli AA. è quello di comprendere un’emozione come comportamento (dal latino ‘emovere’ *uscire*, e quindi il sostantivo ‘emozione’ che significa slancio). Un’emozione non dovrebbe essere qualcosa di sentito, né come una reazione fisiologica, compresa la cognizione. Invece, *le emozioni dovrebbero essere intese come output comportamentali e non come elaborazione delle informazioni*.

Gli autori quindi definiscono “emozione” come una risposta comportamentale osservabile che comunica lo stato interiore di un individuo (sentire). Ciò significa che un’emozione è l’espressione esteriore – come un viso spaventato o un linguaggio del corpo specifico – che serve a segnalare a un osservatore come qualcuno si sente. Si propone così di separare emozione da sentimento e dall’elaborazione affettiva. I sentimenti sono consapevolmente provati, come per es. la paura.

Le implicanze cliniche sembrano rilevanti ai fini della strategia terapeutica. Se l’elaborazione affettiva guida principalmente il comportamento, gli interventi terapeutici hanno bisogno di andare oltre gli approcci puramente cognitivi-comportamentali per affrontare anche l’apprendimento affettivo non consapevole e il condizionamento [36]. I terapeuti potrebbero aver bisogno di differenziare tra aiutare i pazienti a gestire le loro “emozioni” osservabili (ad esempio, riducendo gli sfoghi aggressivi) rispetto ad aiutarli a comprendere e regolare la loro “elaborazione affettiva” sottostante.

*

La regolazione delle emozioni, dapprima rivelante nell’area delle scienze cognitive ora soprattutto grazie ai contributi della neurobiologia e le ricerche brain imaging, è considerata il nucleo, della teoria della regolazione degli affetti secondo A. N. Schore [29].

Questa considera che nel corso di “momenti affettivi intensi” il modello operativo interno inconscio di attaccamento è riattivato nella *memoria implicita-procedurale lateralizzata a destra e rimesso in scena nella relazione psicoterapeutica*. Si codificano in tal modo le strategie non coscienti di regolazione degli affetti: la rivalutazione dei modelli operativi interni non consci è un obiettivo primario in ogni psicoterapia ad orientamento psicodinamico.

Il paziente ascolta (!) le parole del terapeuta ma ne *copia* e *incorpora* soprattutto le emozioni riflesse.
Sentimento sociale e neurobiologia 269

Adottando la prospettiva neurobiologica interpersonale della *teoria della regolazione degli affetti* - osserva Schore - si evidenzia il ruolo fondamentale del precoce sviluppo del cervello destro nei processi relazionali nell'arco della vita: nei primi processi di attaccamento, nella comunicazione emotiva implicita, piuttosto che verbale, esplicita, all'interno della relazione terapeutica, nei reciproci *enactment* terapeutici e nei processi terapeutici di cambiamento.

Emisfero destro significa che le regolazioni implicite affettive all'interno della mente di terapeuti e pazienti fruibili per l'incontro di cura avvengono non solo e non tanto tramite la comunicazione verbale, ma tramite comunicazioni non verbali implicite, non coscienti quindi, come gli aspetti prosodici del linguaggio, attraverso la modulazione di volume, tono e ritmo della voce, la mimica involontaria, la prossemica e le espressioni emotive del linguaggio del corpo.

II. *Empatia e compassione i nella regolazione emotiva intra e interpersonale*

Fin dalle origini la IP [2] ritiene prerequisito indispensabile per il cambiamento il *coinvolgimento emotivo ottimale empatico* del terapeuta nella relazione con il paziente, specialmente negli interventi espliciti /impliciti di incoraggiamento [14]. Il percorso analitico è stato ri-definito da H. Kohut come introspezione empatica vicariante. È ormai evidente come diversi tipi di disturbi mentali sono associati a disturbi differenti nell'empatia specifiche compromissioni sociali [18].

La scoperta dei *mirror neurons* (MN) dopo 30 anni di approfondimenti, ha evidenziato un peculiare reclutamento neuronale emozionale quando si osservano le manifestazioni emotive altrui: tale *meccanismo specchio* serve all'allineamento o al disallineamento e affettivo con gli altri durante gli scambi sociali. I risultati della ricerca di base forniscono informazioni sulle applicazioni trasazionali e cliniche dei meccanismi di rispecchiamento in una varietà di approcci psiconeuroriabilitativi e promuovono ponti bioculturali tra neuroscienze e discipline umanistiche e psicoterapeutiche [8].

L'azione *cooperativa*, secondo un recente studio di imaging cerebrale [10] implica la simulazione-copiatura di azioni e la loro co-rappresentazione da parte di due o più persone. Ciò richiede il coinvolgimento di due sistemi cerebrali complessi: il sistema dei *neuroni specchio* (MNS) e il sistema di *mentalizzazione* (MENT) come ragionamento sullo stato della mente di un altro soggetto, entrambi di importanza cruciale per un'interazione sociale cooperativa.

I due meccanismi neurali sono essenziali durante l'azione congiunta e sincrona, mostrando una solida connessione tra di loro durante i comportamenti collaborativi. I risultati mostrano un'influenza reciproca tra due agenti interattivi, basata sulla sincronizzazione dei sistemi MNS e MENT. Se confermate, queste evidenze indicherebbero, per la prima volta una stretta sincronia, attivazione congiunta, neuronale tra empatia e mentalizzazione come base dell'atteggiamento collaborativo.

Il fenomeno dell'empatia è talora ritenuto quasi sinonimo di compassione. Sebbene molti studi presentino un'immagine più cognitiva, l'etimologia della parola indica un fenomeno che va al di là della percezione cognitiva dello stato emotivo interno dell'altro, come propongono gli studi fenomenologici di E. Stein (1917) [33].

La compassione presuppone l'empatia, ma non coincide con questa, come sottolineava E. Stein (*...empatia da αἰσθάνομαι, mi accorgo...mentre ἐμπάθεια indica compassione...*). Mentre l'empatia nasce come percezione implicita delle emozioni degli altri, la compassione si distingue dall'empatia perché comprende il desiderio, anche, ma non solo esplicito, di alleviare le sofferenze altrui.

Ricercatori e clinici, in base ad approcci psicobiologici [11] e di imaging cerebrale [21] intendono la compassione come risposta empatica alla sofferenza percepita anche non consapevolmente, propensione cognitivo-emotiva, risultato di un atteggiamento/propensione implicita [16] che persegue il benessere del paziente, attraverso immaginazione e azioni specifiche volte ad alleviare la sua sofferenza. Le caratteristiche della compassione rispetto all'empatia emergono con evidenza in riferimento ai concetti di Personalità, Carattere, Cooperatività, Appartenenza Sentimento Sociale.

Il modello psicobiologico della personalità [11] presenta fondamentali attinenze con la Individual Psicologia [13].

Le influenze della Psicologia Individuale *«La compassione è la più pura espressione del sentimento sociale, la migliore garanzia e il segno più genuino dell'esistenza di una propensione alla solidarietà umana ...ad immedesimarsi nelle situazioni dei propri simili.»* (1, p. 210) sul modello psicobiologico di St. Louis alla base del *Temperament and Character Inventory* TCI [11] sono evidenti *«...La compassione coinvolge la disponibilità a perdonare, ad essere gentile con altri indipendentemente dal loro comportamento, piuttosto che cercare vendetta o gioire per la sofferenza, comporta sentimenti di fraternità e l'assenza di ostilità»* (11, p. 981).

La compassione e la capacità di aiutare gli altri sono spesso considerati indici di maturità nella psicologia dello sviluppo (cfr. alti punteggi al TCI nella scala/sottodimensione della Cooperatività, definita appunto compassione).

La condivisione di stati affettivi con un'altra persona (empatia), preoccupazione soccorrevole per un altro (compassione) e ragionamento sullo stato della mente di un'altra persona (teoria della mente) sono separabili a livello emotivo, concettuale, comportamentale e anche neuronale.

Il gruppo di ricercatori coordinati da Singer del Max Planck Institute for Human Cognitive and Brain Sciences, di Lipsia, nel 2018 ha portato un contributo decisivo al cuore del problema, individuando specifiche reti neuronali per empatia, per la teoria della mente e per la compassione.

Il paziente ascolta (!) le parole del terapeuta ma ne *copia* e *incorpora* soprattutto le emozioni riflesse.
Sentimento sociale e neurobiologia 271

Queste indagini neurobiologiche indicano come l'*angoscia empatica può essere corretta imparando come trasformare l'empatia in compassione*: la compassione risulta una strategia di regolazione emotiva che attenua l'effetto negativo attraverso la generazione attiva di effetti positivi che si basano sulla gratificazione tramite l'attivazione di circuiti cerebrali correlati all'affiliazione e regolati dall'ossitocina [32, 30].

I risultati di queste ricerche sottolineano l'importante differenza sia psicologica che neuronale tra empatia e compassione persino per quanto riguarda i percorsi formativi alla compassione, differenziata dalla empatia, appunto, anche sul piano neurobiologico [30].

In sintesi, recenti evidenze brain imaging confermano interazioni e attivazioni sincroniche significative tra emozioni, sentimenti, motivazione, affetti in processi relazionali, indicando come empatia, compassione, mentalizzazione siano decisive per la efficacia degli interventi di cura [20, 18, 28].

III. *Empatia, Compassione, mentalizzazione, motivazione e Sentimento Sociale*

La ricerca su come l'empatia, e ancor più la compassione, auto ed etero, modulino le risposte alle emozioni altrui e proprie è ancora scarsa, ma è fondamentale per chiarire i meccanismi di funzionamento sociale compromesso nella psicopatologia e nel suo trattamento. Derivato dal modello di regolazione *intrapersonale* delle emozioni (ER) è da pochi anni al centro di i ricerche clinico-sperimentali il processo di *regolazione estrinseca delle emozioni interpersonali* (IER), cioè come le persone regolano le proprie rispetto alle emozioni degli altri.

Un gruppo di ricercatori dell'Università di Heidelberg [18] ha di recente cercato di chiarire cosa succede nelle persone "sane" quando empatizzano con gli altri. Si sono riferiti a due principali aspetti: la *preoccupazione empatica* - voler rispondere alle emozioni degli altri per aiutarli - e l'*angoscia empatica personale* ritirarsi dalla sofferenza degli altri per autoproteggersi.

Hanno poi considerato un'*empatia di tratto*, tendenza stabile di una persona, e un'*empatia di stato*, a livello di situazione, molto legata alla relazione con qualcuno, più ci sentiamo vicini a qualcuno, più empatizziamo con loro. Quando le persone "sane" mentalizzano condividono le emozioni degli altri o si sentono preoccupati, scelgono, per regolare le emozioni degli altri, strategie più orientate alla relazione, tra cui la convalida e la consolazione, e meno invece rivalutazione cognitiva ed evitamento.

Al contrario, quando invece queste stesse persone sono personalmente angosciate dalle emozioni degli altri, selezionano più rivalutazione cognitiva ed evitamento e strategie meno orientate alla relazione [18]. Anche i clinici che trattano disturbi affettivi, secondo gli AA., possono beneficiare di questi risultati.

Una meta-analisi di diversi studi [20] ha rilevato che l'empatia terapeutica, come percepita dai pazienti, contribuisce in modo significativo all'alleanza terapeutica, uno dei predittori più vitali per i risultati del trattamento dei disturbi affettivi.

I sentimenti di empatia possono tradursi in comportamenti specifici e differenziali per influenzare le emozioni altrui. Ne derivano addestramenti all'empatia e alla compassione specifici per i clinici per sviluppare strategie di regolamentazione interpersonale per regolare empaticamente le emozioni dei pazienti [18].

Emozione, motivazione, incoraggiamento

In passato emozione e motivazione sono state poste in circuiti neurali distinti ed esaminate separatamente. Dalla ricerca neurobiologica proviene oggi invece l'evidenza di una significativa convergenza neurale di emozione e motivazione, in contrasto con le teorie precedenti.

La review di Cromwell Hc, et al. 2020 [12] fornisce evidenze provenienti da diversi ambiti di ricerca in materia di emozioni e motivazione indicando numerosi siti neurali di sovrapposizione. I risultati supportano un'importante condivisione neuronale tra emozione e motivazione, suggerendo che queste due funzioni sono strettamente intrecciate l'una con l'altra nel cervello.

La sovrapposizione neurale non implica necessariamente una sovrapposizione funzionale continua. Anche se le regioni/i sistemi cerebrali identici vengono attivati per la motivazione e l'emozione, questa attivazione può comportare modelli distinti e unici di connessione e flusso di informazioni come la funzionalità dei cambiamenti di rete.

Questa conferma psicobiologica della correlazione e interazione tra emozioni e motivazioni appare rilevante per il *processo di incoraggiamento*, che, nella peculiare accezione IP [14], rappresenta il cuore della relazione terapeutica. Il coraggio, *cor agere*, pur non essendo un'emozione di base come la paura, è legato alle emozioni, e può essere promosso nel setting, come fulcro della psicoterapia IP, attraverso il *processo di incoraggiamento*, o transmotivazione [23]: consiste nell'interazione emotiva transmotivante tra la personalità del terapeuta e quella del paziente, e rappresenta la *motivazione* a cambiare lo stile di vita. La comprensione empatica, vero fulcro del processo di incoraggiamento, è stata definita da Adler [2] "assunzione tardiva della funzione materna".

Più che un "processo", è proposta una possibile "strategia" di incoraggiamento che implica il superamento delle frustrazioni negative, attraverso l'integrazione funzionale dei livelli motivazionali (biologico, psicosociale, individuale - valoriale). Questo modello teorico-pratico, che viene definito "transmotivazionale" [23], trova numerosi campi di applicazione tanto in psicopedagogia che in psicoterapia.

Il paziente ascolta (!) le parole del terapeuta ma ne *copia* e *incorpora* soprattutto le emozioni riflesse.
Sentimento sociale e neurobiologia 273

Paziente e terapeuta, entrambi interiorizzano a livello della memoria procedurale, più implicito che esplicito, gli aspetti comportamentali e le espressioni emotive reciproche del coraggio [15]. I momenti di *significato*, di interpretazione, sono efficaci solo se in grado di attivare momenti di incontro. Questi percorsi intrapsichici e relazionali, ulteriormente evidenziati dalle neuroscienze, amplificano la responsabilità etica del terapeuta nell'interazione, reciprocamente mutevole, del setting [15].

IV. *Sentimento sociale del terapeuta e alleanza terapeutica*

Tutti i clinici ritengono che la *buona pratica* della psicoterapia richieda ai fini dell'esito una *buona alleanza* terapeutica. Tuttavia, solo da poco una revisione sistematica della letteratura di Baier et al. [5] rivedendo 37 ricerche sul tema ha evidenziato che l'alleanza è un mediatore specifico del cambiamento e meccanismo fondamentale alla base della psicoterapia, indipendentemente dal modello teorico-pratico di riferimento, anche pesando e misurando i criteri e raccomandati per una metodologia rigorosa impiegata per la ricerca: il risultato della psicoterapia è mediata dall'alleanza nel 70,3% degli studi.

Che cosa *mette di essenziale* [7] lo psicoterapeuta all'interno della psicoterapia psicodinamica?

Innanzitutto egli mette la sua personalità, i suoi pensieri, anche la sua storia personale: nell'*hic et nunc* mette soprattutto le sue emozioni. All'interno della relazione terapeutica, la prospettiva del terapeuta rispetto ai pensieri, alle convinzioni e ai meccanismi del paziente guida lo svolgersi degli scambi emotivi/affettivi per la costruzione della relazione di cura, di cambiamento. Alcune evidenze (Heinonen et al. 2014 citato in [15]) dimostrano che personalità e lo stile di vita del terapeuta costituiscano importanti fattori predittivi di esito dell'intervento psicoterapeutico.

H. Kohut e prima di lui A. Adler [2] affermarono che la capacità di provare empatia è uno strumento fondamentale nella relazione terapeutica. In uno studio *brain imaging* rispetto ai controlli sani, i terapeuti mostrano un'iperattività dei circuiti relativi alla capacità di provare empatia cognitiva mentre non vi è differenza rispetto all'empatia emotiva dove però i terapeuti mostrano una maggior capacità di regolazione emotiva rispetto al disagio e alla sofferenza altrui [19].

L'alleanza terapeutica (AT) non è più considerata in termini di presenza/assenza, ma come dimensione psicoterapeutica un continuum di vicissitudini (rotture, riparazioni, distanziamenti, abbandono [24] con interazioni, oscillanti tra un polo in cui gli interventi a sostegno della relazione cooperativa sono ben integrati nelle dinamiche della terapia, a un altro polo in cui si rendono necessarie vere e proprie ridefinizioni degli scopi, degli obiettivi degli interventi e delle resistenze al lavoro terapeutico.

Per accertarsi che la cura giunga ad un buon risultato, uno psicoterapeuta deve essere consapevole che l'A.T. fin dall'inizio è più importante di ogni tecnica specifica e che favorisce altresì un outcome favorevole. Si sottolinea che molti accenti sono posti, oltretutto sul paziente, anche sul terapeuta, la cui neutralità professionale si arricchisce di quell' "*humanitas*" che, tra l'altro, è propria della IP si esprime nel *sentimento sociale e nella cooperazione* [24].

Nell'ambito delle AT, osserva Rovera [24] le strategie dell'incoraggiamento/transmotivazione sono una delle componenti della Psicoterapia Supportiva. In questa, le rotture dell'Alleanza si verificano con minore frequenza rispetto alle psicoterapie espressive, in quanto le confrontazioni, o lo smascheramento delle finzioni, o le interpretazioni che possono accrescere l'ansia del paziente sono utilizzate consapevolmente [14].

L'Alleanza terapeutica, legami e rotture

L'alleanza è area cruciale per il processo di cambiamento, studiata oggi anche con imaging cerebrale. Quando la relazione terapeutica si caratterizza da continue rotture e riparazioni, reciproche imitazioni, simulazioni, contagi, l'angoscia empatica è allora probabile che la *simulazione* da parte del paziente dell'espressione modificata dal terapeuta dell'esperienza del paziente stesso, svolga funzioni terapeutiche regolatrici [17]. È come se il paziente "vedesse, sentisse" nel terapeuta una versione più gestibile di ciò che il paziente stesso sta sperimentando. Il sentimento sociale del terapeuta riattiva quello del paziente!

L'esempio del tipo di regolazione delle emozioni intra-interpersonale, come pure la testimonianza (procedurale), è più incisivo della parola (dichiarativa): *l'essere, il fare compassionevole* del terapeuta contagia di per sé il paziente a diventare altrettanto compassionevole! Il nostro cervello tramite *mirror neurons* crea modelli impliciti del comportamento altrui allo stesso modo in cui crea modelli del nostro comportamento. Questi percorsi emotivi, prima che cognitivi, intrapsichici e relazionali, resi ulteriormente evidenti dalle neuroscienze, sono le basi delle strategie *procedurali di incoraggiamento/transmotivazione* come aspetti centrali nel processo di cambiamento.

Zhang et al. 2020 [34] hanno dimostrato in ricerca tramite iperscansione dei cervelli del paziente e del terapeuta durante una seduta di psicoterapia faccia a faccia come la capacità del terapeuta di focalizzarsi sugli stati emotivi del paziente e di sincronizzarsi con lui a livello interpersonale nel corso della prima seduta sia una manifestazione di competenza ed efficacia clinica. Un aumento della sincronizzazione intercerebrale nel corso della seduta è associato ad un più profondo senso di vicinanza e connessione interpersonale e a una migliore alleanza /interazione emotiva.

Questo studio conferma la validità di un modello di psicoterapia orientato alla sincronia interpersonale: maggiore è l'accoppiamento tra il cervello del paziente e quello del terapeuta migliore sarà l'alleanza.

Il paziente ascolta (!) le parole del terapeuta ma ne *copia e incorpora* soprattutto le emozioni riflesse.
Sentimento sociale e neurobiologia 275

Queste indagini, osserva A. N. Schore [29] hanno confermato passaggi e comunicazioni emotive inconscie tra paziente e terapeuta, misurando simultaneamente la sincronizzazione interencefalica tra la giunzione temporo-parietale destra del paziente e la giunzione temporo-parietale destra del terapeuta nel corso di un'interazione psicoterapeutica. È stato rilevato un sistema di comunicazione non verbale da cervello destro a cervello destro alla base dell'alleanza terapeutica co-costruita.

L'inconscio relazionale comunica con un altro inconscio relazionale, generando una sincronizzazione indotta l'un l'altro e una condivisione di messaggi impliciti. L'indicibile, come pure il non-detto, diviene talora la parte più importante della comunicazione, forse quella decisiva ai fini della cura. Il processo di cambiamento si alimenta quindi delle sequenze riflesse di emozioni e di trasformazioni reciproche, come premessa e al contempo frutto dell'alleanza.

Il contagio implicito profondo di fiducia, sfiducia, angoscia, delusioni, speranze, oltrepassa, rinforza o annulla, oppure confonde i messaggi espliciti verbali e gestuali intenzionali delle strategie consapevoli dell'incoraggiamento. Ne risultano accresciute - nell'interazione/ matching [26], le responsabilità etiche del terapeuta, che sostengono un continuo sviluppo del suo Sentimento Sociale.

V. Considerazioni

Il dialogo emergente tra neuroscienze e psicoterapia è intenso e la psicoterapia oggi non può prescindere dagli studi sulla modificazione neuropsicologica delle tracce mnesiche, della neurobiologia dell'attaccamento, dei meccanismi cognitivi e emotivi coinvolti nella psicopatologia, nella neurofisiologia dell'empatia e della compassione, nell'evidenza neuroimaging del trattamento psicoterapeutico [34].

Secondo la teoria della regolazione degli affetti [29] le competenze cliniche di base di qualsiasi psicoterapia efficace sono le capacità implicite dell'emisfero destro, di esprimere tramite l'empatia le comunicazioni non verbali, la propensione a percepire cambiamenti subliminali nelle emozioni, che avvicinano o allontanano [1], dell'altro, un'immediata consapevolezza delle emozioni intra e interpersonali, e la loro regolazione. Tutte le tecniche si collocano sopra a questo substrato relazionale, secondo Schore [28]. La rivalutazione dei modelli operativi interni non consci è un pertanto obiettivo primario in ogni psicoterapia.

Un efficace lavoro terapeutico con dinamiche di attaccamento emotivo non verbale "primitive" non si concentra sulla comprensione verbale consapevole, ma sulla formazione di un legame inconscio di comunicazione e regolazione delle emozioni all'interno della relazione terapeutica [29].

La formazione del *profondo* – riguardante quindi le emozioni profonde - il cervello destro - del terapeuta alla conoscenza di sé e all'accoglimento di sé e dell'altro risulta oggi una necessità scientifica e prerequisito etico al contempo. Il paziente impara a trattare sé stesso copiando implicitamente – cfr. *embodied simulation* [17] - il modo con cui si sente trattato dal terapeuta nel setting: contesto emotivo di regole e procedure esplicite concordate (memoria dichiarativa) e soprattutto implicite (memoria procedurale) cocreate.

I tratti della personalità del terapeuta, i suoi stili di coping verso le proprie emozioni e le proprie motivazioni al vivere e alla professione, regolano a loro volta e nutrono l'attitudine alla identificazione empatica/compassionevole e alla *trasmissione implicita incoraggiante al paziente* [16].

Gli atteggiamenti, modi di essere oltre che di fare [26], virtù psicodinamiche [9] confermate e testimoniate trasmesse per *contagio* dall'analista didatta durante il training del terapeuta, più spesso per via implicita, diventano strutture protesiche interiorizzate, fruibili per un nuovo, *riparato*, Sé del paziente.

Le “*virtù psicodinamiche*” sono utili di per sé al clinico in formazione, rappresentando il nucleo della sua *nascente* attitudine psicoterapeutica: un sottile tipo di empatia compassionevole, un atteggiamento di accettazione e affermazione, una curiosità e fiducia per i significati, l'umiltà di fronte alla incertezza e all'ambiguità, l'apertura all'immersione nel transfert, e la soddisfazione in un range ristretto di potenziali gratificazioni... [9].

Nel processo formativo del terapeuta l'*identificazione formativa* [23, 25] come “*identificazione imitativa*” dell'allievo tirocinante è lontana dalla mera ripetizione; infatti essa non si rifà tanto all'aver imparato *come fare*, quanto nell'essere maturato nel *fare*, *essere come* durante tutto l'arco del percorso, che è tecnico, analitico, esistenziale e comunitario al medesimo tempo.

Tale processo di identificazione imitativa ha la caratteristica della reciprocità ed è analogo a quello che si attiverebbe tra paziente e analista. Per avviare gli agenti trasformanti è necessario offrire un valido - autentico e non fittizio - setting *incoraggiante* composto di riconoscimento e risposta sintonica alla vasta gamma di emozioni, comunicazioni, soprattutto non verbali, implicite, che i pazienti trasmettono con le parole, ma specialmente tra le righe, attraverso il modo di parlare, le pause, il corpo, le emozioni appunto... La cornice concettuale della regolazione delle emozioni suggerisce e conferma l'importanza di una psicodinamica delle emozioni ancor prima dei concetti, dove incontro, alleanza col deficit, perdono, Sé Creativo, processo di incoraggiamento sarebbero sia precursori che effetti della self-compassion [16].

Il paziente ascolta (!) le parole del terapeuta ma ne *copia e incorpora* soprattutto le emozioni riflesse.
Sentimento sociale e neurobiologia 277

La tardiva assunzione della funzione materna, da Adler [2] presentato come essenza della relazione psicoterapeutica IP, dovrebbe considerare, allora, la madre compassionevole oltre che la madre empatica.... Perdono e compassione si configurano quali atteggiamenti costitutivi del Sentimento sociale...

Essi indicano l'opportunità di implementare la formazione dei terapeuti IP con percorsi di analisi del profondo che favoriscano l'acquisizione di capacità, virtù modi di essere in cui la regolazione intrapersonale e interpersonale delle emozioni e degli affetti sia finalizzata alla cura di sé ancor prima che del paziente.

Bibliografia

1. ADLER, A. (1927), *Menschenkenntnis*, tr. it. *La conoscenza dell'uomo nella Psicologia Individuale*, Newton Compton, Roma 1994.
2. ADLER, A. (1936), Prefazione al diario di V. Nijinskj, in ANSBACHER, H. L., PARENTI, F., PAGANI, P. L. "Adler e Nijinski", *Quaderni della Riv. Psicol. Indiv.*, 6, 1981.
3. ALDAO, A. (2015), Emotion Regulation as a Transdiagnostic Factor in the Development of Psychopathology, *Current Opinion in Psychology*, 3: 64-69.
4. AMIANTO, F., ANGELINI, J. M., DAVICO, C., et Al. (2025), Parent-Daughter Emotional Dyssynchrony Correlates with Personality and Psychopathology in Adolescents with Anorexia Nervosa, *Eat Weight Disord.* 2025 Feb 28;30(1):20.
5. BAIER, A. L., KLINE, A. C., FEENY, N. C. (2020), Therapeutic Alliance as a Mediator of Change: a Systematic Review and Evaluation of Research, *Clin Psychol Rev*; 82:101921.
6. BERKING, M. (2024), Emotion Regulation and Mental Health: Current Evidence and Beyond, *World Psychiatry*, 23(2)438.
7. BOEKER, H., RICHTER, A., HIMMIGHOFFEN, H., ERNST, J., NORTHOFF, G. (2013), Essentials of Psychoanalytic Process and Change: How Can We Investigate the Neural Effects of Psychodynamic Psychotherapy in Individualized Neuro-Imaging? *Front Hum. Neurosci.* Aug 2; 7: 355.
8. BONINI, L., ROTUNNO, C., ARCURI, E., GALLESE, V. (2022), Mirror Neurons 30 Years Later: Implications and Applications, *Trends Cogn Sci.*, 2022 Sep;26(9):767-781.
9. BRENNER, A. M., KHAN, F. (2013), The Training of Psychodynamic Psychiatrists: The Concept of "Psychodynamic Virtue", *Psychodyn. Psychiatry*, 41: 57-74.
10. CIARAMIDARO, A., TOPPI, J., VOGEL, P., et Al. (2024), Synergy of the Mirror Neuron System and the Mentalizing System in a Single Brain and between Brains during Joint Actions, *Neuroimage*, Oct 1;299:120783.

11. CLONINGER, C. R., SVRAKIC, D. M., PRZYBECK, T. R. (1993), A Psychobiological Model of Temperament and Character, *Arch. Gen. Psychiatry*, 50: 975-989.
12. CROMWELL, H. C., ABE, N., BARRETT, K. C., et Al. (2020), Mapping the Interconnected Neural Systems Underlying Motivation and Emotion: A Key Step Toward Understanding the Human Affectome, *Neurosci. Biobehav. Rev.*, Jun;113:204-226.
13. FASSINO, S., AMIANTO, F. (2001), Individual Psicologia e Modello psicobiologico della personalità, *Atti VIII Congresso SIPI*, Bologna.
14. FASSINO, S. (2009), Empatia e strategie dell'incoraggiamento nel processo di cambiamento, *Riv. Psicol. Indiv.*, 66: 49-65.
15. FASSINO, S. (2017), Neuroscienze e dinamiche profonde del cambiamento nella relazione psicoterapeutica, *Riv. Psicol. Indiv.*, 82: 29-53.
16. FASSINO, S., ROVERA, G. G. (2023), Per una psicodinamica della self-compassion: oltre l'empatia, tramite il sé creativo, *Riv. Psicol. Indiv.*, 93: 31-57.
17. GALLESE, V., EAGLE, M. N., MIGONE, P. (2007), Intentional Attunement: Mirror Neurons and the Neural Underpinnings of Interpersonal Relations, *J. Am. Psychoanal. Assoc.*, 55: 131-76.
18. GEIGER, E. J., PRUESSNER, L., BARNOW, S., et AL. (2025), What Empathizers Do: Empathy and the Selection of Everyday Interpersonal Emotion Regulation Strategies, *J. Affect Disord.* Feb 1; 370:76-89.
19. HASSENSTAB, J., DZIOBEK, I., ROGERS, K., WOLF, O. T., CONVIT, A. (2007), Knowing What Others Know, Feeling What Others Feel: A Controlled Study of Empathy in Psychotherapists, *J. Nerv. Ment. Dis.* Apr;195(4):277-81.
20. NIENHUIS, J. B., OWEN, J., VALENTINE, J. C., et Al. (2018), Therapeutic Alliance, Empathy, and Genuineness in Individual Adult Psychotherapy: A Meta-Analytic Review, *Psychother Res.*, Jul; 28(4):593-605.
21. PRECKEL, K., KANSKE, P., SINGER, T. (2018), On the Interaction of Social Affect and Cognition: Empathy, Compassion and Theory of Mind, *Current Opinion in Behavioral Sciences* 2018, 19:1-6.
22. RATCLIFE, M. (2024), Emotion Regulation, Scaffolding and Psychiatry, *World Psychiatry*, 23(2)439.
23. ROVERA, G. G. (1982), Transmotivazione: proposte per una strategia dell'incoraggiamento, *Riv. Psicol. Indiv.*, 17-18: 28-50.
24. ROVERA, G. G. (2014), Le alleanze terapeutiche, *Riv. Psicol. Indiv.*, 76: 3-31.
25. ROVERA, G. G. (2016), Riflessioni sulla formatività in Psicologia Individuale, *Riv. Psicol. Indiv.*, 80:31-40.
26. ROVERA, G. G. (2016), Lo Stile Terapeutico, *Riv. Psicol. Indiv.*, 78: 19-45.
27. SCHILLER, D., YU, A. N. C., CROMWELL, H. C. et al. (2024), The Human Affectome, *Neurosci. Biobehav. Rev.*, Mar;158:105450.
28. SCHORE, A. N. (2019), *Psicoterapia con l'emisfero destro*, Raffaello Cortina, Milano 2022.
29. SCHORE, A. N. (2021), The Interpersonal Neurobiology of Intersubjectivity, *Front Psychol.*, Apr 20; 12:648616.

Il paziente ascolta (!) le parole del terapeuta ma ne *copia e incorpora* soprattutto le emozioni riflesse.
Sentimento sociale e neurobiologia 279

30. SILVEIRA, S., GODARA, M., SINGER, T. (2023), Boosting Empathy and Compassion through Mindfulness-Based and Socioemotional Dyadic Practice: Randomized Controlled Trial with App-Delivered Trainings, *J. Med. Internet Res.*, Jul 26; 25:e45027.
31. SINGER, T., KLIMECKI, O. M., (2014), Empathy and Compassion, *Curr. Biol.* 24 (18), R875–R878.
32. SINGER, T. A. (2025), Neuroscience Perspective on the Plasticity of the Social and Relational Brain, *Ann N Y Acad Sci.*, 2025 May;1547(1):52-74.
33. STEIN, E. (1917), *On the Problem of Empathy*, tr. it. *Il problema dell'empatia*, Studium, Roma 2003.
34. ZHANG, Y., MENG, T., YANG, Y., HU, Y. (2020), Experience-Dependent Counselor-Client Brain Synchronization during Psychological Counseling, *eNeuro*. Sep 23;7(5): ENEURO.0236-20.2020.
35. ZITZMANN, J., ROMBOLD-GEORGE, L., ROSENBAACH, C., RENNEBERG, B. (2024), Emotion Regulation, Parenting, and Psychopathology: A Systematic Review, *Clin. Child Fam. Psychol. Rev.*, Mar; 27(1):1-22.
36. WALLA, P., WOLMAN, A., NORTHOFF, G. (2025), A Call for Conceptual Clarity: “Emotion” as an Umbrella Term Did Not Work-Let’s Narrow It Down, *Brain Sci.*, Aug 27;15(9):929.

Specchi deformanti e ritiro sociale: la camera del tesoro

ENRICO GAMBARATI, SARA GOLDONI

Summary – DISTORTING MIRRORS AND SOCIAL WITHDRAWAL: THE TREASURE ROOM. In the contemporary clinical context, the phenomenon of social withdrawal among adolescents and young adults represents a growing challenge for mental health professionals. Among the various metaphors used to grasp the complexity of this phenomenon, that of the “*distorting mirrors*” proves particularly effective in illuminating the ways in which the sense of self is compromised by distorted relational reflections. The metaphor of the distorting mirrors, reminiscent of funhouse optical illusions, points toward a deeper reflection on the origins of one’s self-image. In psychological terms, it alludes to relational mirroring-explicit or implicit-that contributes to the construction of individual identity. As Winnicott (1971) suggests, an impoverished relational environment may lead a child to develop a fragmented and inauthentic personality, and similarly for Adler the feeling of inferiority can be overcome through the pursuit of a lifestyle grounded in cooperation and social usefulness. When social interest is undermined by “excessive distorting mirrors,” the individual’s growth is hindered, and at that point the person may crystallize into a defensive and withdrawn lifestyle. Social withdrawal thus becomes an avoidance strategy aimed at protecting the individual from further experiences of invalidation, generating a vicious cycle that strengthens the tendency toward isolation. The discussion of some illustrative cases will allow us to take a few steps into a largely unexplored territory: what happens inside the (phantasmatic) room of the withdrawn individual, and how imaginary spaces-as well as the expectations of therapist/parent/school/society-attempt to enter it with the sole intention of bringing the young person outside, without knowing the “treasures” that are kept inside that very room. The therapeutic relationship can become a “*restorative mirror*”, allowing dysfunctional beliefs to be reworked, new relational modalities to be experienced, and a more realistic and less stigmatized self-image to be fostered.

Keywords: ADOLESCENCE, ISOLATION, SOCIAL WITHDRAWAL, SOCIAL INTEREST, ROOM

Abstract – SPECCHI DEFORMANTI E RITIRO SOCIALE: LA CAMERA DEL TESORO. Nel contesto clinico contemporaneo, il fenomeno del ritiro sociale tra adolescenti e giovani adulti costituisce una sfida crescente per i professionisti della salute mentale. Tra le diverse metafore impiegate per comprendere la complessità di tale fenomeno, quella degli “specchi deformanti” si rivela particolarmente efficace nell’illuminare le modalità attraverso cui il senso di sé viene compromesso da rispecchiamenti relazionali distorti. La metafora degli specchi deformanti, evocativa dei giochi ottici dei luna park, rimanda a una riflessione più profonda sull’origine dell’immagine di sé. In ambito psicologico, essa allude ai rispecchiamenti relazionali – espliciti o impliciti – che contribuiscono alla costruzione dell’identità individuale. Come per Winnicott (1971), un ambiente relazionale impoverito può indurre il bambino a sviluppare una personalità frammentata e inautentica, così per Adler il sentimento di inferiorità è da superare attraverso il perseguimento di uno stile di vita improntato alla cooperazione e all’utilità sociale.

Quando il sentimento sociale è intaccato da “specchi deformanti eccessivi”, allora la crescita dell’individuo è ostacolata ed è il quel frangente che il soggetto può cristallizzarsi in uno stile di vita difensivo e ritirato. Il ritiro sociale si configura pertanto come una strategia di evitamento tesa a proteggere l’individuo da ulteriori esperienze di invalidazione generando un circolo vizioso che rafforza la tendenza all’isolamento. La trattazione di alcuni casi esemplificativi ci permetterà di fare alcuni passi in un territorio spesso inesplorato: cosa succede nella stanza (fantasmatica) del ritirato e come gli spazi immaginifici, le attese del terapeuta/genitore/scuola/società, cercano di entrarvi solo con l’idea di portare fuori il ragazzo senza conoscere però i “tesori” da questi custoditi nella stanza stessa. La relazione terapeutica può diventare “specchio riparatore” consentendo di rielaborare le credenze disfunzionali, di sperimentare nuove modalità relazionali e di promuovere un’immagine di sé più realistica e meno stigmatizzata.

Parole chiave: ADOLESCENZA, ISOLAMENTO, RITIRO SOCIALE, SENTIMENTO SOCIALE, STANZA

Con il termine **ritiro sociale** si delinea un fenomeno che, nel moderno panorama clinico, rappresenta una sfida sempre crescente per quei professionisti che lavorano a stretto contatto con gli adolescenti e con i giovani adulti. Un fenomeno clinico che si manifesta con una drastica riduzione dei contatti sociali, l’autoesclusione da scuola, lavoro e relazioni, e la tendenza a chiudersi in un isolamento spesso protratto nel tempo. Negli ultimi anni, anche in Italia, è cresciuta l’attenzione verso forme estreme di ritiro, vicine anche se non uguali a quelle descritte dal termine giapponese “hikikomori” [13].

Questa trattazione utilizza per affrontare tale argomento due metafore centrali, in quanto più che una classificazione nosografica, essa vuole essere la condivisione di un viaggio simbolico e clinico:

- quella degli **specchi deformanti**, per descrivere sia come lo sguardo dell’altro possa distorcere la percezione di sé, sia come l’opinione che si ha sullo sguardo dell’altro abbia lo stesso potere,
- quella della **camera del tesoro**, per provare a entrare con rispetto nel mondo interno di chi si ritira.

La prima di cui si parla è quella degli “**specchi deformanti**”; metafora particolarmente efficace nel delineare le modalità attraverso cui il senso di sé viene compromesso da rispecchiamenti relazionali distorti.

Essa, richiamando nel suo nome quegli specchi deformanti che proprio nei luna park contribuiscono a creare giochi ottici illusori, rimanda ad una riflessione più profonda sull’origine dell’immagine di sé. In ambito psicologico, essa allude ai rispecchiamenti relazionali – espliciti o impliciti – che contribuiscono alla costruzione dell’identità individuale. Quando tali rispecchiamenti sono incoerenti, svalutanti o ipercritici, producono rappresentazioni interne distorte, che minano l’autostima e la fiducia relazionale.

Secondo Winnicott [14], la madre sufficientemente buona funge da specchio attraverso cui il bambino si riconosce e consolida il proprio Sé. Quando lo sguardo materno è assente, frammentato o intrusivo, si generano perturbazioni significative nello sviluppo dell'identità. La teoria del "Sé vero e Sé falso" winnicottiano indica come un ambiente relazionale impoverito possa indurre il bambino a sviluppare una personalità frammentata e inautentica.

Parallelamente, lo "stadio dello specchio" descritto da Lacan [9] sottolinea l'importanza dell'immagine speculare nella genesi dell'Io, la quale, tuttavia, è già mediata da un Altro che attribuisce significato e forma. L'Io lacaniano si costruisce dunque in un campo relazionale di riconoscimento e alienazione, in cui l'immagine riflessa può essere allo stesso tempo fonte di identità e di distorsione. Tale duplicità è centrale per comprendere la complessità della formazione dell'immagine di sé.

Le teorie dell'attaccamento [6] e della mentalizzazione [7] hanno ulteriormente chiarito come il Sé si costruisca nella capacità dell'altro significativo di comprendere, riflettere e restituire gli stati mentali del bambino. La funzione riflessiva genitoriale diventa pertanto cruciale nella strutturazione di un Sé coeso e flessibile. Quando questa funzione viene esercitata in maniera distorta – per effetto di traumi, psicopatologie genitoriali o modelli relazionali disfunzionali – la costruzione dell'identità si impoverisce e si frammenta.

A tal proposito, l'elaborazione clinica di Fonagy e collaboratori [7] evidenzia che la carenza o la distorsione nella capacità di mentalizzazione interferisce con la regolazione affettiva e con la costruzione di relazioni stabili. Nei casi di ritiro sociale, la mentalizzazione compromessa si riflette in difficoltà nella lettura degli stati emotivi propri e altrui, contribuendo al senso di estraneità e alla chiusura relazionale. Cosa succede quando i bisogni dell'individuo sono più grandi di quanto gli specchi rappresentati dagli altri possano riflettere/restituire?

In questi casi, la costruzione del sé si basa su rispecchiamenti fallaci, che non restituiscono completezza, autenticità, ma parti frammentate, incoerenti o svalutate dell'identità a volte mescolandole, a volte lasciando scoperte parti se non, a volte, il tutto. Nel tempo, questi rispecchiamenti si possono radicare e diventare credenze profonde: "non valgo", "sono sbagliato", "non sono desiderabile", "non c'è posto per me nel mondo".

Questi specchi non sono solo familiari. Nella nostra epoca, anche la scuola, il gruppo dei pari, i social media diventano potenti fonti di rispecchiamento. E spesso ciò che rimandano è una richiesta implicita di perfezione, successo, performance, che molti ragazzi vivono come una pressione ingestibile.

Alfred Adler ha lasciato in eredità un concetto estremamente attuale: il sentimento sociale, ossia la spinta innata alla cooperazione, all'appartenenza, all'utilità condivisa mediate da un desiderio innato di avere l'altro con cui confrontarsi [4].

Partendo da ciò, secondo Adler, ogni individuo è chiamato a superare il senso di inferiorità non attraverso la competizione, ma costruendo uno stile di vita fondato sul contributo al benessere collettivo.

Ma cosa succede quando gli specchi deformanti convincono il ritirato che non si ha nulla da offrire o che il mondo non abbia nulla da offrirgli per alleviare il suo profondo senso di inadeguatezza? Quando l'immagine riflessa è quella di un "fallito", di un "inutile", di un "fuori posto"? In questi casi, l'ingresso nel mondo sociale non è percepito come una sfida evolutiva, ma come un campo minato, un terreno insidioso. Il ritiro sociale diventa allora una strategia difensiva, un modo per proteggersi da nuove ferite narcisistiche.

Non si tratta necessariamente di passività o apatia, ma di una forma – per quanto rigida – di autoconservazione, alle volte caratterizzata da grande attivismo, con vere e proprie lotte per non essere "buttati" nel mondo come pacchi postali.

Come Daniela 17 anni, "vittima" delle proiezioni paterne che la vorrebbero Agente di Polizia, spaventata all'idea di diventare grande e non riuscire a soddisfare queste aspettative. Dal Covid, dove frequentava la terza classe di scuola superiore, si è rinchiusa in casa, nella sua stanza. Non riesce a frequentare la scuola poiché - scopriremo insieme - per lei le cose sono troppo veloci! Non riesce a capire cosa vuole fare da grande, non è come le sue compagne che già hanno fatto una scelta e hanno ben chiaro come andrà il loro futuro.

D'altra parte, lei ha visto cosa succede quando si diventa grandi e ci si allontana da casa! Il fratello maggiore durante un weekend stava partecipando ad un corso di formazione per il lavoro in un'altra città quando una notte, da solo in albergo, ha avuto una crisi psicotica da cui ancora fatica a riprendersi.

Così Daniela si rinchiude nella sua stanza, dove c'è silenzio, dove tutto scorre più lentamente, dove i pensieri angosciosi si possono fermare e dove può idealmente respirare. Lì non vede, non sceglie, non è obbligata a fare nulla! La reclusione non prevede i social e la tv. Daniela studia costantemente, fa i suoi schemi, riassume le pagine dei libri, si prepara a sostenere le prove scolastiche che avrà in futuro, quando le sue ansie si saranno finalmente placate e riuscirà ad entrare in classe di nuovo. Lei sa che le cose andranno così, ma vuole scegliere lei come sarà il suo futuro.

E qui entra in gioco la seconda metafora: quella della **camera del tesoro**.

Molti ragazzi e ragazze ritirati trascorrono lunghi periodi chiusi nella loro stanza, spesso vissuta dall'esterno come simbolo di isolamento, pigrizia, chiusura, incapacità. Ma cosa succederebbe se si provasse a cambiare sguardo, se invece di voler "tirare fuori" coloro che si ritirano si provasse a raggiungerli lì "dove sono", e si scoprisse che quella stanza non è solo un rifugio per difendersi da paure talvolta anche molto profonde, ma anche un laboratorio psichico e forse anche un luogo sicuro e confortevole, in cui prendere un respiro (un luogo di sosta degno del migliore rifugio montano prima di una lunga salita) spesso pieno zeppo di cose che raccontano chi è quel ragazzo che si ha davanti e che narrano di un mondo in cui si nascondono anche insospettabili aperture e connessioni al mondo altro da sé (sia che parliamo di quello fantasmatico sia di quello delle relazioni, spesso mediate dalla virtualità).

Come per Gustave un ragazzo di 19 anni ritirato nella sua stanza ma che in realtà, sostenuto da spinte interiori, è intento a modellare in quello spazio e da solo il proprio sé. Nato e cresciuto in una famiglia difficile con un padre che andandosene di casa e separandosi dalla madre ha scelto di allontanarsi in maniera forte anche dal figlio, consegnando così a Gustave un vissuto ed una convinzione di essere stato abbandonato. Un ragazzo che è cresciuto "da solo" affrontando paure, incertezze e difficoltà nonostante il bisogno di avere qualcuno al proprio fianco. Ora Gustave cerca di costruire da solo quell'immagine di uomo, di adulto e di persona che si prende cura di sé e dell'altro che gli è mancata.

Per fare ciò egli si serve all'interno della sua stanza di ciò che il mondo gli offre: i videogiochi e le serie TV che con le loro narrazioni ed i loro personaggi possono ispirare sistemi valoriali talvolta anche molto complessi, la musica con la sua forza evocativa sul mondo emozionale di chi la ascolta, lo scambio a distanza con persone selezionate che possono dargli un senso di condivisione fatta su misura, protetta e rassicurante.

Tutto ciò per creare con una sorta di collage o forse per meglio dire di processo alchemico in cui tutto si fonde per poi emergere con nuove forme, quell'immagine guida di una persona che può essere adulta e matura, responsabile e coraggiosa, forte ma gentile.

Proprio sulla scia di queste stimolazioni cliniche e grazie alle riflessioni, suggerite da studi recenti che si soffermano sul fenomeno degli hikikomori [8, 12] si può pensare come la stanza del ritirato non sia solo un rifugio, ma anche un laboratorio identitario silenzioso, dove il soggetto costruisce una versione di sé in attesa di condizioni migliori per riemergere. Al suo interno possono abitare mondi immaginari, universi creativi, desideri inespressi, capacità ancora in cerca di un contesto che le riconosca.

Piani dell'esistenza che non si deve dimenticare vengono alimentati dal mondo reale stesso, il quale dà gli strumenti per essere vivi anche da casa; citando lo slang lavorativo nel panorama italiano moderno quasi come fosse "il prendersi lo SMART dalla vita".

Il problema è che spesso gli adulti – terapeuti, genitori, insegnanti – si avvicinano a quella porta con un obiettivo chiaro ma pericoloso: “tirare fuori” il ragazzo, portarlo alla luce, riportarlo a scuola, farlo tornare “normale”. I professionisti colludono spesso venendo coinvolti da coloro che si occupano della crescita e dell’educazione dei ragazzi proprio per togliere, correggere e perfino aggiustare tutto ciò. La fretta di normalizzare la situazione è la compagna di queste realtà cliniche.

Il problema del ritiro sociale difatti esplode, in genere, all’inizio della scuola primaria o in quelle fasi di passaggio ai cicli successivi, in cui, se prima le richieste di socialità (di esserci e di partecipare) rivolte al ragazzo erano forse tollerabili da quest’ultimo, più si avanza con l’età più tali richieste aumentano di intensità e complessità ed è proprio da lì che il nasce il ritiro sociale.

Così facendo, non solo si rischia di fallire, ma soprattutto si corre il pericolo di non vedere i tesori custoditi in quella stanza o addirittura, come effetto collaterale, quello di terrorizzare i ragazzi rinchiusi, minacciandoli simbolicamente di saccheggiare, senza rispetto, i loro segreti più preziosi. Accedere alla camera del tesoro richiede tempo, rispetto, silenzio e soprattutto ascolto.

Richiede la disponibilità a non sapere, a non forzare, a non interpretare troppo in fretta. Meglio ancora, riuscire ad accedervi con spirito trasformato, con la capacità di farsi meravigliare ed incuriosirsi di quel “Dio creatore” che in quella stanza ha costruito un mondo di infinite possibilità, incatenate come il genio di Aladino alla propria lampada, ma pur sempre potenzialità infinite.

Il terapeuta, in questa cornice, non forza la porta della stanza, ma siede accanto, in ascolto, aspettando che il soggetto stesso, un giorno, apra e racconti. Come direbbe Donna Orange, è un “terapeuta testimone”, non un ingegnere del cambiamento [10]. Per fare questo quindi si deve accedere al mito della caverna di Platone per comprendere meglio cosa si decide di vedere in ciò che si para davanti all’osservatore, con i propri limitati mezzi.

Ovvero si dovrebbe essere consapevoli che forse il primo passo che il terapeuta deve intraprendere, è quello del trasformarsi intessendo dentro di sé una trama ed un ordito i cui fili sono tutte queste metafore. Così da poter creare dentro di sé quel materiale di cui non solo rivestirsi ma di cui incarnarsi per riuscire ad accedere ai bisogni della persona rinchiusa nella sua roccaforte.

Il rischio come professionisti è di divenire quegli specchi deformanti di cui prima (una sorta di “lunga mano” del genitore, un oggetto parziale che si avvicina a sua volta in modo parziale in una spirale senza fine sebbene ben fissata nel tempo). Oppure si può, attraverso la relazione terapeutica, diventare ciò che possiamo chiamare uno **specchio riparatore**.

Uno specchio che non deforma, ma che contiene, accoglie, riflette con delicato realismo e cura. La terapia con persone in ritiro sociale non è mai lineare. È fatta di passi avanti e indietro, di silenzi, di ambivalenze, di chiusure improvvise. Ma proprio per questo, ogni micro-apertura, ogni sguardo, ogni parola condivisa, ha un valore immenso. In questo contesto, il terapeuta non propone soluzioni, ma presenze.

Non offre risposte preconfezionate, ma domande rispettose, si offre di pulire gli specchi, di aiutare ad orientarli meglio e di usarli per dare una possibilità reale e non solo immaginifica (una apertura, o una riapertura, scelta dal ragazzo e non imposta da nessun altro).

L'obiettivo non è il cambiamento rapido, ma la rieducazione dello sguardo su sé stessi. Attraverso esperienze emotive correttive, si possono riattivare le fibre danneggiate del sentimento sociale: non attraverso la pressione, ma grazie alla testimonianza di uno sguardo diverso.

La relazione terapeutica rappresenta un contesto privilegiato per l'elaborazione delle immagini di sé interiorizzate attraverso specchi deformanti. Il terapeuta, attraverso un atteggiamento empatico, autentico e mentalizzante, diventa uno "specchio riparatore", capace di riflettere il soggetto nella sua complessità e nella sua dignità.

La cornice psicoterapeutica consente di rielaborare le credenze disfunzionali, di sperimentare nuove modalità relazionali e di promuovere un'immagine di sé più realistica e meno stigmatizzata. In questo senso, il setting terapeutico può essere inteso come un "campo di risonanza" in cui l'identità viene gradualmente ri-costruita in modo dialogico e collaborativo.

Bibliografia e Sitografia

1. ADLER, A. (1912), *Über den nervösen Charakter*, tr. it. *Il temperamento nervoso*, Newton Compton, Roma 1971.
2. ADLER, A. (1927), *Menschenkenntnis*, tr. it. *La conoscenza dell'uomo*, Newton Compton, Roma 1994.
3. ADLER, A. (1929), *Praxis und Theorie der Individualpsychologie*, tr. it. *Prassi e Teoria della Psicologia Individuale*, Newton Compton, Roma 1970.
4. ADLER, A. (1933), *Der Sinn des Lebens*, tr. it. *Il senso della vita*, Newton Compton, Roma 2012.
5. ANSBACHER, H. L., ANSBACHER, R. R. (1956), *The Individual Psychology of Alfred Adler*, tr. it. *La Psicologia Individuale di Alfred Adler*, Martinelli, Firenze 1997.
6. BOWLBY, J. (1969), *Attachment and Loss*, Vol. I, tr. it. *Attaccamento e perdita. L'attaccamento alla madre*, Vol. I, Bollati Boringhieri, Torino 1989.
7. FONAGY, P., GERGELY, G., JURIST, E. L., TARGET, M. (2002), *Affect, Regulation, Mentalization and the Development of the Self*, tr. it. *Regolazione affettiva, mentalizzazione e sviluppo del sé*, Raffaello Cortina, Milano 2005.
8. FURLONG, A. (2008), The Japanese Hikikomori Phenomenon: Adolescence, Education and Leisure, *International Journal of Adolescence and Youth*, 13(1), 67–81. <https://doi.org/10.1080/02673843.2008.9748003>
9. LACAN, J. (1966), *Écrits*, tr. it. *Scritti*, Einaudi, Torino 1978.
10. ORANGE, D. M. (2011), *The Suffering Stranger: Hermeneutics for Everyday Clinical Practice*, tr. it. *Il sofferente sconosciuto. Per una pratica clinica etica*, Raffaello Cortina, Milano 2012.
11. PLATONE (380-370 a. C.), *Πολιτεία*, tr. it. *La Repubblica*, Einaudi, Torino 2014.
12. RANIERI, F., ANDREOLI, G. (2020), *Hikikomori. Adolescenza senza uscita*, Raffaello Cortina, Milano.
13. RICCI, C. (2014), *La volontaria reclusione. Italia e Giappone: un legame inquietante*, Aracne Editore, Roma.
14. WINNICOTT, D. W. (1971), *Playing and Reality*, tr. it. *Gioco e realtà*, Armando Editore, Roma 1974.

Riflessioni sul ruolo dello psicologo nella RTR: ascolto, rispecchiamento e ricomposizione narrativa nella schizofrenia secondo l'approccio adleriano

GIANLUCA GASTALDI

Summary – REFLECTIONS ON THE ROLE OF THE PSYCHOLOGIST IN A PSYCHIATRIC REHABILITATION RESIDENTIAL FACILITY (RTR) : LISTENING, MIRRORING AND NARRATIVE RECONSTRUCTION IN SCHIZOPHRENIA FROM AN ADLERIAN PERSPECTIVE. This article reflects on the role of the psychologist within a Psychiatric Rehabilitation Residential Facility (RTR), conceptualized as a "gym" for regaining autonomy in post-acute patients. Psychological intervention focuses on non-interpretative listening and the reconstruction of the patient's "emotional puzzle," particularly in cases of schizophrenia, where the therapist acts as a mirror and a witness to the patient's existence. Drawing on Adlerian Individual Psychology, the psychologist supports the patient in overcoming the loneliness and disorientation of psychosis, providing a space for human and relational recognition that enables the reconstruction of their personal identity and narrative.

Keywords: PSYCHIATRIC REHABILITATION FACILITY, ADLERIAN INDIVIDUAL PSYCHOLOGY, SCHIZOPHRENIA, THERAPEUTIC RELATIONSHIP, SOCIAL INTEREST/SOCIAL FEELING, NARRATIVE RECONSTRUCTION

Abstract – RIFLESSIONI SUL RUOLO DELLO PSICOLOGO NELLA RTR: ASCOLTO, RISPECCHIAMENTO E RICOMPOSIZIONE NARRATIVA NELLA SCHIZOFRENIA SECONDO L'APPROCCIO ADLERIANO. Il contributo riflette sul ruolo dello psicologo all'interno di una Residenza Terapeutico Riabilitativa (RTR), intesa come "palestra" per il recupero delle autonomie di pazienti post-acute. Il lavoro psicologico si focalizza sull'ascolto non interpretativo e sulla ricomposizione del "puzzle emotivo" del paziente, specialmente nei casi di schizofrenia, dove il terapeuta funge da specchio e garante dell'esistenza altrui. Attraverso il riferimento ai costrutti della Psicologia Individuale di Adler, lo psicologo supporta il paziente nel superare la solitudine e il disorientamento della psicosi, offrendo uno spazio di riconoscimento umano e relazionale che permette la ri-elaborazione della propria narrazione identitaria.

Parole chiave: RESIDENZA TERAPEUTICO RIABILITATIVA (RTR), PSICOLOGIA INDIVIDUALE ADLERIANA, SCHIZOFRENIA, RELAZIONE TERAPEUTICA, SENTIMENTO SOCIALE, RICOMPOSIZIONE NARRATIVA

Nel panorama attuale diversi sono i livelli di assistenza e cura alle persone afflitte da problematiche di salute mentale. Si va dalla presa in carico semplicemente ambulatoriale ai diversi servizi di Budget di salute, gruppi appartamenti, per arrivare alla permanenza prolungata ma temporanea in Residenza Terapeutico Riabilitativa.

Di solito arrivano alla RTR pazienti ricoverati nel Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura, pazienti di elevata difficoltà di gestione sul territorio, con l'obiettivo di sviluppare per loro un percorso di vita post acuzie con il fine di reinserirli nella società civile a seconda delle proprie possibilità.

La RTR acquista il valore simbolico di una palestra in cui la persona in stato di bisogno acquisisce o riacquisisce le proprie autonomie, a seconda delle caratteristiche individuali. Al paziente, oltre a percorsi educativi, assistenziali e riabilitativi, oltre al servizio infermieristico, viene fornito anche un servizio di supporto psicologico, effettuato da uno psicologo di ruolo.

Da 13 anni lavoro in questo ruolo presso una RTR di Parma. La mission dello psicologo in questo contesto è di supportare i pazienti nel rielaborare il proprio vissuto del quotidiano. Tale lavoro si traduce nello sviluppare un lavoro di ascolto non interpretativo, con una costante attenzione dello psicologo al repertorio teorico metodologico (inferiorità, compensazione, svelamento delle finzioni, sviluppo del sentimento sociale) come riferimenti che avviano alla "normalità". Soprattutto nei casi di schizofrenia il colloquio si trasforma nella ricomposizione di un puzzle emotivo ed affettivo.

Un tempo in cui lo psicologo "rispecchia" il paziente, accoglie le sue parti frammentate, fornendogli la possibilità di ricomporre una narrazione maggiormente ordinata, della propria storia, del proprio presente, in sostanza di Sé. La dimensione emotiva è senz'ombra di dubbio l'elemento pregnante del colloquio: al di là dei contenuti allo psicologo tocca il compito di accogliere l'emozione del paziente, seguire le strade dei suoi ragionamenti, in una dimensione di rispetto e riconoscimento della persona. Tale processo di comunicazione emotiva è fondamentale soprattutto nella fase di accoglienza dell'incontro e del colloquio.

Spesso i pazienti non hanno la possibilità che qualcuno li faccia sentire valorizzati, non hanno il piacere di sentire il piacere di un altro di stare con loro, di sentire che i propri pensieri valgono, oltre la stranezza. È in questa dimensione che lo psicologo gioca la responsabilità di divenire un punto fermo nel percorso del paziente, un garante e testimone della sua esistenza.

Le persone psicotiche non devono esser pensate come concetti o contenuti da esprimere in dimensione razionale, ma come orientamenti emotivi nella relazione interpersonale, che permettano loro di sentirsi accolti.

La patologia psichiatrica, in particolar modo la schizofrenia, porta spesso il paziente verso racconti e percorsi abitati da solitudine, incapacità di riuscire ad avere un contatto con la realtà.

In particolar modo il non riuscire a fare cose o lavorare, sono in molti casi mascherati dal costrutto psicotico, giustificati dal delirio, come nel caso del paziente di cui parlo oggi, dalla ricerca del cambiamento di genere. La transizione diventa per lui il feticcio che gli consente di giustificare le proprie incapacità, le proprie inadeguatezze: “quando sarà avvenuta la transizione riuscirò a lavorare, ora non sono io”.

La comunità ed i suoi attori, lo psicologo in particolare, si ritrovano allora nella situazione di esser per lui un puntello, un dato di realtà che non giudica, non sprezza, accoglie e permette alla persona di esistere al meglio delle proprie possibilità e di raccontarsi.

La “cura” ed il “balsamo” per tutte le ferite interiori, per lui e per tutti i pazienti psicotici è la sicurezza che “il dottore” c’è e che gli fornisce un tempo, dove sentire di valere come persona, un luogo in cui il Dottore cammina con lui. Lo psicologo come uno specchio che consente alla persona bisognosa di vedersi, di provare il calore dell’emozione, del darle un nome e di darsi un nome. In sostanza di ri-conoscersi.

Bibliografia

1. ADLER, A. (1927), *Menschenkenntnis*, tr. it. *Conoscenza dell'uomo*, Newton Compton, Roma 1994.
2. ANSBACHER, H. L., ANSBACHER, R. R. (1956), *The Individual Psychology of Alfred Adler*, tr. it. *La Psicologia Individuale di Alfred Adler*, tr. it. Martinelli, Firenze 1997.
3. PAGANI, P. L. (2009), Comunicazione e incoraggiamento, *Riv. Psicol. Indiv.*, 66: 131-138.
4. PARENTI, F. (1983), *La Psicologia Individuale dopo Adler*, Casa Editrice Astrolabio, Roma.

“Specchi d’Adolescenza”: la crescita di Telemaco tra mito e identità

GIAN PIERO GRANDI, ELEONORA CUGNO

Summary – “MIRROR OF ADOLESCENCE”: TELEMACHUS’ GROWTH BETWEEN MYTH AND IDENTITY. We will focus on exploring the lifestyle of a young adolescent and its evolution, with the aim of getting to know, understand, and share the reality in which he is born, grow, and interact. As human beings, we are our relationships, and only through the gaze of the other we can reach knowledge and awareness of ourselves [10]. Starting from a revisitation of the story of young Telemachus - who grows and struggles in the search for himself, for his place in the world, and for his relationship with his parents - we will examine the developmental challenges that adolescents are called to face. We will reflect on how, within an individual psychotherapy process, we can help a young adolescent gain greater self-awareness, reflect on their emotions, and develop the ability to articulate and communicate them. This implies that the psychotherapist (a person within society) cannot avoid getting to know the virtual world, which increasingly permeates modern society. This therefore requires psychological study as well, and the same applies to the world of anime and manga [6]. We will examine the importance of building a personal avatar and the possibility of experimenting with and living through various immersive experiences. It is interesting to focus attention on adolescent gamers, who during this developmental stage actively participate in the search for their own identity also through the use of video games. We will therefore attempt to describe how the young adolescent Telemachus reveals himself through narration, and how he presents to the world and to others both his real self and his ideal self.

Keywords: ADOLESCENCE, RELATIONSHIP, MYTH, IDENTITY, GROWING, AVATAR, PSYCHOTHERAPY, ANIME, VIDEOGAME

Abstract – “SPECCHI D’ADOLESCENZA”: LA CRESCITA DI TELEMACO TRA MITO E IDENTITÀ. Porremo l’attenzione sull’indagine dello stile di vita di un giovane adolescente e della sua evoluzione, con l’obiettivo di conoscere, comprendere e condividere la realtà in cui nasce, cresce e si confronta. In quanto uomini, siamo le nostre relazioni e solo attraverso lo sguardo dell’altro possiamo giungere alla conoscenza e alla consapevolezza di noi stessi [10]. Partendo dalla rivisitazione della storia del giovane Telemaco - che cresce e lotta per la ricerca di sé, della sua collocazione nel mondo e del rapporto con i suoi genitori - verranno prese in esame le sfide evolutive che l’adolescente è chiamato ad affrontare. Rifletteremo su come, all’interno di un percorso di psicoterapia individuale, si può aiutare un giovane adolescente a prendere maggiore consapevolezza di sé, a riflettere sulle proprie emozioni e a sviluppare capacità per argomentarle e comunicarle. Ciò implica che lo psicoterapeuta (uomo nella società), non possa esimersi dal conoscere il mondo virtuale che permea sempre più la società moderna. Ciò richiede pertanto uno studio anche a livello psicologico e lo stesso vale per il mondo degli anime e dei manga [6]. Verrà presa in esame l’importanza della costruzione di un personale avatar e della possibilità di sperimentare e vivere diverse esperienze immersive.

È interessante focalizzare l'attenzione sui giocatori adolescenti, i quali durante questa fase d'età partecipano attivamente alla ricerca di una propria identità anche attraverso l'uso del videogioco. Proviamo pertanto a raccontare di come il giovane adolescente Telemaco mostra sé stesso attraverso la narrazione e come mostra al mondo e agli altri il suo io reale e quello ideale.

Parole chiave: ADOLESCENTE, RELAZIONI, MITO, IDENTITÀ, CRESCITA, AVATAR, PSICOTERAPIA, ANIME, VIDEOGIOCO

Introduzione all'opera

La psicoterapia individuale a indirizzo integrato nasce con l'obiettivo di conoscere l'essere umano nella sua interezza, cogliendone la complessità, la ricchezza e le trasformazioni in continuo movimento. Tale modello terapeutico non si limita all'osservazione del singolo nella sua interiorità, ma considera imprescindibile il legame profondo tra individuo, contesto e relazioni significative.

Ogni persona cresce infatti all'interno di ambienti – familiari, culturali, sociali e oggi anche virtuali – che plasmano il modo di percepire sé stessi e il mondo, influenzando la narrazione che ciascuno costruisce della propria storia e delle proprie esperienze. Lo psicoterapeuta è dunque chiamato a comprendere questi contesti, ad ascoltare i linguaggi emozionali e simbolici che li abitano e a intercettare le forme attraverso cui il soggetto significa e ridefinisce la propria identità.

I. Adolescenza come territorio di trasformazione

In tale prospettiva, l'adolescenza emerge come un periodo di vita particolarmente delicato e decisivo: un crocevia evolutivo in cui confluiscono cambiamenti fisici, emotivi, cognitivi e sociali. È un'età complessa, caratterizzata da oscillazioni, sperimentazioni, fratture e nuove possibilità. L'adolescente si muove in un territorio intermedio tra infanzia e età adulta, e in questo spazio di mezzo si affacciano inevitabilmente domande quali *“chi sono? chi devo diventare? come posso essere visto e riconosciuto?”*.

Per esplorare queste dinamiche, è stato scelto di ricorrere a una figura simbolica: Telemaco, figlio di Ulisse, giovane sospeso tra un passato che non ricorda e un'eredità che non possiede ancora. Telemaco rappresenta il paradigma dell'adolescente alla ricerca: ricerca del padre, ricerca di un posto nel mondo, ricerca di un'immagine di sé che possa essere abitata senza timore.

II. *Telemaco come paradigma dell’adolescenza contemporanea*

Pur appartenendo al mito, Telemaco è sorprendentemente attuale. La sua figura è stata oggetto di numerose rivisitazioni filosofiche e psicologiche, proprio perché incarna la condizione giovanile per eccellenza: quella di chi deve intraprendere un viaggio – interno ed esterno – per comprendere il proprio valore e definire una direzione personale. Telemaco vive la mancanza, la sospensione, il desiderio di un modello da cui prendere ispirazione; al contempo mostra il coraggio e la curiosità che spingono ogni adolescente a mettersi in gioco, affrontare le difficoltà, sperimentare nuovi modi di essere.

Il mito diventa così una lente attraverso cui osservare l’adolescenza odierna, una narrazione archetipica che parla ancora ai giovani di oggi e che permette allo psicoterapeuta di dialogare simbolicamente con i loro vissuti.

III. *Il mondo virtuale come nuovo spazio identitario*

Se Telemaco dovesse rinascere nel mondo contemporaneo, probabilmente troverebbe nel virtuale un nuovo terreno di esplorazione. La dimensione digitale costituisce oggi un ambiente simil reale, in cui gli adolescenti sperimentano parti importanti della loro identità. Non si tratta di semplice evasione, ma di un luogo di prova, ricerca e relazione.

Questo avviene in particolar modo grazie alla possibilità di creare un avatar, termine derivante dal sanscrito *avatāra*, con il significato di “discesa, incarnazione”. In ambito tecnologico avatar indica la rappresentazione grafica e digitale di un utente, come appunto un giocatore di videogame. Nel videogioco, l’avatar diventa corpo simbolico: un doppio che permette all’adolescente di testare ruoli, potenzialità e narrazioni alternative.

IV. *Approfondimento sugli avatar*

Gli avatar possono rispondere a diversi bisogni e di conseguenza possono svolgere le seguenti funzioni:

- identitaria, che permette di riflettere la propria identità o di esplorarne di diverse e di nuove;
- interattiva, che offre la possibilità di compiere virtualmente una molteplicità di azioni come costruire, combattere, esplorare...;
- sociale, che permette di interagire, comunicare e relazionarsi con altri avatar.

Alcuni esempi di videogiochi che svolgono tali funzioni sono: the Sims, gioco di simulazione della realtà in cui il proprio personaggio lavora, guadagna, spende soldi, crea una rete amicale, fino ad arrivare a costruirsi una famiglia; GTA, in cui si inter-

preta un personaggio precostituito e si compiono delle missioni per la città tramite atti criminali; Fornite, gioco di combattimento, individuale o di gruppo, che permette di interagire e collaborare con gli altri.

L'avatar può essere predefinito, con caratteristiche fisse, come ad esempio Super Mario, e in questo caso può avvenire l'effetto Proteus (da Proteo che cambiava sembianze a suo piacimento), ovvero il comportamento del giocatore può venire influenzato dalle caratteristiche del personaggio che si interpreta. Qui è interessante, in ambito psicoterapeutico, chiedere al ragazzo come mai ha scelto di interpretare un determinato personaggio: ci sono caratteristiche che lo fanno sentire simile a lui? Ce ne sono altre che vorrebbe invece avere e che rispondono a bisogni nascosti?

Ci sono poi altri avatar che vengono creati a partire da zero, scegliendo tratti fisici, caratteriali, l'abbigliamento... permettendo così una maggiore espressione identitaria. Gli avatar possono possedere caratteristiche migliorative rispetto a quelle percepite nella vita reale: maggiore forza, bellezza, sicurezza, poteri straordinari.

Questo processo, se osservato con sguardo clinico, rivela dinamiche profonde, quali compensazioni a sentimenti di inferiorità; proiezioni del Sé ideale; tentativi di esplorare parti inconscie della propria personalità; esperienze di Flow che alimentano motivazione e autoefficacia. Il videogioco diventa quindi un luogo di possibilità: può offrire fuga, ma anche apprendimento emotivo e costruzione narrativa del Sé.

V. Un'esperienza clinica

A proposito di quanto appena detto, facciamo ora riferimento ad un paziente seguito qualche anno fa, con il quale il videogioco è servito da importante supporto conoscitivo e relazionale ai fini della psicoterapia. Davide, 11 anni, appare fisicamente come un bambino di 6 a causa di compromissioni nella crescita dovute a una celiachia scoperta tardi e a un disturbo restrittivo dell'alimentazione. Presenta chiusura, insicurezza, difficoltà relazionali con i pari e disagio nell'andare a scuola per via del costante confronto con i compagni. Ha un grande interesse per i videogiochi e da subito coinvolge il terapeuta nel suo mondo virtuale.

Quello che salta all'occhio è sicuramente il suo avatar, molto distante da lui: alto, con spalle larghe, vestito alla moda e con un look da vincente. Il modo in cui si muove all'interno del mondo virtuale è molto sciolto e sicuro, interagendo con disinvoltura anche con gli altri avatar. Tali scelte sembrano rifarsi ad un tentativo di compensazione circa un senso di inferiorità derivante dal suo reale aspetto esteriore, considerato e vissuto come appartenente ad un bambino di età inferiore. Così è come Davide si muove all'interno del suo mondo virtuale, lontano e separato da quello reale; così è come Davide esplora nuovi aspetti identitari di sé e dà sfogo al bisogno di viverci in modo diverso.

VI. *Anime, manga e immaginari che educano*

Accanto al mondo digitale, un ruolo di crescente importanza viene assunto dagli anime e dai manga, oggi diffusi su scala globale e sempre più presenti nelle vite degli adolescenti. Lungi dall’essere semplici prodotti d’intrattenimento, anime e manga offrono spesso storie ricche di significati psicologici: raccontano l’amicizia, la lealtà, la resilienza, il sacrificio, il valore della famiglia, il peso delle scelte, il lutto, la fragilità e la costruzione del coraggio.

L’identificazione con questi personaggi permette agli adolescenti di:

- confrontarsi con emozioni complesse;
- rispecchiarsi in percorsi evolutivi;
- sentirsi meno soli nei propri conflitti interiori;
- apprendere modelli relazionali ed etici;
- costruire un linguaggio simbolico condivisibile.

La cultura pop, quindi, non è un ostacolo alla crescita, ma può diventare un capitale psicologico prezioso se osservato con consapevolezza. Come ricorda il professor Grandi, la conoscenza umana passa non solo attraverso i testi canonici, ma anche attraverso le narrazioni contemporanee e oggi molte di queste sono proprio anime, manga e videogiochi.

VII. *Il valore psicologico della narrazione*

Telemaco – come ogni adolescente – costruisce sé stesso raccontandosi. La narrazione è un processo identitario fondamentale: permette di dare ordine ai vissuti, interpretare le esperienze, attribuire un senso alle trasformazioni. Il giovane può così presentare il proprio Io reale e il proprio Io ideale, oscillando tra ciò che è e ciò che desidera diventare. L’obiettivo dello psicoterapeuta è aiutare a dare continuità a questa narrazione, affinché non sia frantumata o incoerente, ma possa integrare le parti luminose e quelle fragili, gli entusiasmi e le ferite.

Il mondo virtuale, se ben compreso, può diventare un ulteriore spazio narrativo nel quale l’adolescente esplora sé stesso, sperimenta nuovi linguaggi identitari e ritrova un modo creativo per mantenere viva la propria dimensione infantile pur avviandosi verso l’età adulta.

VIII. *Conclusione: narrare per crescere*

Questa opera nasce con l’intento di accompagnare il lettore – terapeuta, educatore o semplice curioso – dentro gli specchi dell’adolescenza. Telemaco diventa il compagno simbolico di un viaggio che intreccia mito, psicologia, videogiochi, anime e vita reale. Il suo cammino ci permette di osservare l’adolescente contemporaneo nelle sue luci e ombre, nelle sue fragilità e potenzialità, nei suoi modi nuovi di raccontarsi e di cercare riconoscimento. Perché, in fondo, crescere significa proprio questo: trovare una narrazione che ci permetta di vedere chi siamo, chi siamo stati e chi possiamo diventare.

Bibliografia

1. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (2013), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (Fifth Edition, DSM 5), tr. it. DSM-5. *Manuale Diagnostico e Statistico dei disturbi mentali*, Quinta edizione, Raffaello Cortina, Milano 2014.
2. ANSBACHER, H. L., ANSBACHER, R. R. (1956), *The Individual Psychology of Alfred Adler*, tr. it. *La Psicologia Individuale di Alfred Adler*, Martinelli, Firenze 1997.
3. BITTANTI, M. (2014, a cura di), *Per una cultura dei videogames. Teorie e prassi del videogiocare*, Edizioni Unicopli, Milano.
4. BOCCI, F. (2019, a cura di), *Dentro il videogioco. Viaggio nella psicologia dei videogiochi e nei suoi ambiti applicativi*, Ananke, Torino.
5. BOCCI, F. (2024), *Video Game Therapy*, Utet, Milano.
6. GRANDI, G. P. (2014), *Le Anime come strumento di Terapia*, Ananke, Torino.
7. GRANDI, G. P. (2019), *Nella tana dell'inconscio: Locus Suspectus*, Ananke, Torino.
8. GRANDI, L. G. (2005), *Noi adulti nello sguardo degli adolescenti*, Effatà, Cantalupa (TO).
9. GRANDI, L. G. (2016), *Amore e Psyche. Percorsi di psicoterapia Individual-psicologica*, Effatà, Cantalupa (TO).
10. GRANDI, L. G. (2019), *Se Questo è Un Altro*, Effatà, Cantalupa (TO).

Narrazione di sé attraverso i Social: dalla frattura identitaria alla ri-narrazione terapeutica

ELISA MENCHINI, GIAN PIERO GRANDI

Summary – SELF-NARRATION THROUGH SOCIAL MEDIA: FROM IDENTITY FRACTURE TO THERAPEUTIC RE-NARRATION. This paper explores the complex relationship between **identity, narrative, and the digital world**, analyzing how social media - particularly Instagram - contribute to the construction and representation of the self. From a **psychodynamic and Adlerian perspective**, online communication can be understood as a form of self-narration that, while potentially amplifying the split between the real and ideal self, also provides the therapist with a valuable tool for accessing the multiple dimensions of a patient's identity. Through the analysis of shared online content, the therapist can identify elements of lifestyle, implicit needs, compensatory strategies, and desires for recognition. The psychotherapeutic intervention thus aims to foster a process of **re-narration of the self**, integrating fragmented parts of identity and promoting a renewed sense of belonging and authenticity. Two clinical cases exemplify the therapeutic potential of this approach, illustrating how social media can become a privileged language for understanding and transforming contemporary identity dynamics.

Keywords: IDENTITY, NARRATIVE, SOCIAL MEDIA, INSTAGRAM, PSYCHOTHERAPY, PSYCHODYNAMIC APPROACH, ADLERIAN PSYCHOLOGY

Abstract – NARRAZIONE DI SÉ ATTRAVERSO I SOCIAL: DALLA FRATTURA IDENTITARIA ALLA RI-NARRAZIONE TERAPEUTICA. Il presente contributo esplora la complessa relazione tra **identità, narrazione e mondo digitale**, analizzando come i social media, in particolare Instagram, contribuiscano alla costruzione e rappresentazione del sé. In un **contesto psicodinamico e adleriano**, la comunicazione online diventa una forma di narrazione che, se da un lato può amplificare le scissioni tra sé reale e sé ideale, dall'altro può essere utilizzata in psicoterapia come strumento per accedere ai molteplici aspetti dell'identità del paziente. Attraverso l'analisi dei contenuti condivisi sui social, il terapeuta può cogliere elementi di stile di vita, bisogni impliciti, strategie di compensazione e desideri di riconoscimento. L'intervento psicoterapeutico mira così a favorire un processo di **ri-narrazione del sé**, in grado di integrare le parti frammentate dell'identità e di promuovere un senso di appartenenza e autenticità. Due casi clinici esemplificano il potenziale terapeutico di questa prospettiva, mostrando come i social possano diventare un linguaggio privilegiato per comprendere e trasformare le dinamiche identitarie contemporanee.

Parole chiave: IDENTITÀ, NARRAZIONE, SOCIAL MEDIA, INSTAGRAM, PSICOTERAPIA, APPROCCIO PSICODINAMICO, PSICOLOGIA ADLERIANA, SÉ REALE E SÉ IDEALE, RI-NARRAZIONE DEL SÉ, AUTENTICITÀ, APPARTENENZA

Introduzione

La società contemporanea è attraversata da una rivoluzione silenziosa ma radicale: la trasformazione della narrazione personale in narrazione pubblica. L'identità, che un tempo si costruiva all'interno delle relazioni primarie e dei contesti comunitari, oggi trova nei social media un nuovo spazio di rappresentazione e di conferma [9]. In questo scenario, la psicoterapia si trova di fronte a una sfida inedita: comprendere il modo in cui la **dimensione digitale** influenza la percezione di sé, la costruzione dell'immagine personale e la qualità dei legami interpersonali.

L'avvento dei social network ha ridefinito i confini tra intimità e visibilità, autenticità e performance, verità e rappresentazione [5]. L'io si muove in un territorio ibrido, dove il bisogno di appartenenza e riconoscimento – già al centro della psicologia individuale di Alfred Adler [1] – si intreccia con la necessità di apparire, di essere visti e approvati.

La selezione delle immagini, dei testi e delle esperienze condivise online non è mai neutra: essa riflette processi inconsci di compensazione e strategie di costruzione identitaria. I social, in questo senso, possono essere intesi come **specchi digitali** che moltiplicano le rappresentazioni del sé e rendono tangibile la distanza – o la frattura – tra il sé autentico e il sé ideale.

Come sottolinea Lino Grandi [6, 7], la narrazione del sé ha un potere trasformativo: permette di riattribuire significato all'esperienza e di integrare le parti disconnesse della propria identità. Quando la narrazione diventa pubblica, come nei social, essa può essere distorta da logiche di approvazione e confronto, ma può anche offrire una preziosa finestra sul mondo interno del soggetto.

Da qui nasce la prospettiva che guida il presente lavoro: considerare i **social media non solo come fenomeno culturale**, ma come **strumento terapeutico** per esplorare le molteplici dimensioni del sé e favorire un processo di ri-narrazione autentica e integrata.

Nell'articolo verranno delineati i fondamenti teorici della costruzione identitaria e della narrazione del sé in chiave adleriana; si esplorerà il ruolo dei social nella rappresentazione del sé contemporaneo, con particolare riferimento al rapporto tra autenticità, idealizzazione e appartenenza. Successivamente verrà presentato un caso clinico, in cui l'uso terapeutico dei social ha permesso di accedere a contenuti profondi e trasformativi.

Infine, verrà proposta una riflessione sulle implicazioni cliniche e formative di questo approccio.

I. *Contesto teorico: identità, narrazione e prospettiva adleriana*

La costruzione dell'identità rappresenta uno dei processi psicologici più complessi e dinamici dell'essere umano. Essa si sviluppa attraverso una continua interazione tra esperienze interne, relazioni significative e contesto sociale [4].

Secondo la **Psicologia Individuale di Alfred Adler**, l'essere umano è un'unità inscindibile di corpo, mente e relazioni: ogni comportamento, pensiero o emozione è sempre orientato verso un fine, un *telos* intriso di significato sociale [1]. Il bisogno di appartenenza e il sentimento di comunità – il *Gemeinschaftsgefühl* – costituiscono la matrice affettiva da cui si forma il senso di sé.

In questa prospettiva, la **narrazione personale** è la modalità con cui l'individuo conferisce coerenza alla propria esperienza, organizzando gli eventi di vita in una trama dotata di significato. Come sottolinea Lino Grandi [6], “il racconto di sé è lo spazio in cui il soggetto diventa autore della propria storia, restituendo unità e direzione alle molteplici parti del sé”.

La psicoterapia, dunque, si configura come un processo di **ri-narrazione**: un lavoro congiunto tra terapeuta e paziente volto a riscrivere le narrazioni disfunzionali e a integrare i frammenti identitari in un racconto coerente, vitale e autentico.

Con l'avvento del digitale, questa narrazione ha trovato nei social media un nuovo campo di espressione. Instagram, TikTok o Facebook non sono solo piattaforme comunicative, ma **spazi narrativi**, nei quali l'individuo costruisce e rappresenta versioni di sé orientate al riconoscimento e alla visibilità [10]. La *vita raccontata* diventa *vita esibita*, e la costruzione dell'immagine personale si intreccia con i meccanismi di approvazione e appartenenza del gruppo sociale.

Come osserva Harari [8], nella società dell'algoritmo il rischio è quello di “cedere la propria narrazione” a logiche esterne di consenso e visibilità. Tuttavia, come suggerisce la prospettiva adleriana, anche tali distorsioni possono essere comprese non come patologie, ma come **tentativi di adattamento** o di **compensazione creativa** rispetto a sentimenti di inferiorità o esclusione.

Da qui l'importanza clinica di integrare il linguaggio digitale nel processo terapeutico: ciò che il paziente comunica online rappresenta una forma contemporanea del suo *stile di vita*, cioè dell'unicità con cui interpreta il mondo e ricerca appartenenza.

II. *L'utilizzo dei social come strumento terapeutico*

In psicoterapia, i social media possono essere utilizzati come **strumenti di esplorazione narrativa**. La loro analisi non ha una funzione di controllo o giudizio, ma diventa un canale per accedere alle **rappresentazioni del sé** che il paziente proietta nel mondo digitale. Attraverso le immagini, i post, le didascalie o i “like”, emergono vissuti di autostima, idealizzazione, appartenenza o esclusione, che riflettono dinamiche profonde spesso più difficili da esprimere nel colloquio verbale.

L'invito terapeutico può avvenire in modo spontaneo – ad esempio, quando il paziente porta un contenuto pubblicato o una reazione ricevuta online – oppure in modo strutturato, come parte del lavoro sulla narrazione del sé. L'obiettivo non è interpretare i social come sintomo, ma come **testo narrativo e simbolico**, che offre accesso privilegiato ai *sé multipli* del soggetto: il sé reale, il sé ideale e il sé percepito dagli altri.

Nell'ottica adleriana, questa analisi si collega direttamente al concetto di **stile di vita**: ogni persona, attraverso i social, mostra il proprio modo di cercare significato, riconoscimento e valore. La distanza tra sé reale e sé ideale, se esplorata in modo empatico e dialogico, può diventare terreno fertile per la crescita e la consapevolezza.

III. *Il mito di Narciso e lo specchio dell'anima*

C'è una soglia sottile, quasi impercettibile, tra l'immagine che crediamo di essere e quella che realmente siamo. Narciso, chinandosi sull'acqua, non vede soltanto il proprio volto: scorge, forse per la prima volta, l'abisso che lo separa da sé stesso. In quella superficie trasparente, che insieme rivela e inganna, si consuma l'eterno dramma dell'identità e dell'amore - il desiderio di possedere un'immagine che, proprio perché riflessa, non potrà mai essere toccata.

IV. *Il riflesso come nascita della coscienza*

Nel gesto di Narciso si compie il primo atto di consapevolezza estetica: l'uomo che si guarda. Ma lo specchio d'acqua non è un oggetto innocente. È una soglia, un velo che separa il mondo visibile da quello interiore, l'apparenza dalla verità. Guardare il proprio riflesso significa intravedere, attraverso l'immagine, la presenza di un “altro” che ci abita. È l'inizio della psiche, intesa come doppiezza: l'Io che osserva e l'Io che viene osservato.

Lo specchio non restituisce mai la verità, ma la sua forma capovolta. Così accade anche nella coscienza: ciò che crediamo di vedere in noi non è che una proiezione, un'immagine costruita a partire dal desiderio e dalla paura. Narciso, innamorandosi del proprio volto, si innamora in realtà della distanza che lo separa da sé stesso.

V. Lo specchio come simbolo dell'illusione

L'acqua in cui Narciso si specchia è lucida e mobile: basta un soffio, un'onda, per deformare il riflesso. È l'immagine stessa della mente, che tenta di fissare l'effimero. In psicologia, questo gesto diventa la metafora dell'Io che si chiude nel proprio narcisismo, incapace di riconoscere l'altro come parte del Sé. Il mondo, per il narcisista, non esiste se non come superficie riflettente. Tutto ciò che incontra deve restituirgli la sua immagine, deve dire "tu sei".

Ma l'amore autentico - ci ricorda il mito - nasce solo quando il riflesso si infrange. Quando Narciso, tentando di abbracciare l'immagine, scopre che essa svanisce tra le dita, egli vive la frattura dell'illusione. È il momento doloroso della disidentificazione, ma anche la soglia di una possibile rinascita: la scoperta che dietro il volto amato non c'è nulla da possedere, se non il mistero stesso della vita che scorre.

VI. Il mito come allegoria psicologica

Jung avrebbe forse detto che Narciso si perde nel suo archetipo dell'Ombra: la parte di sé che non vuole riconoscere. Il riflesso non è altro che la proiezione dell'Anima, quella componente invisibile che l'uomo moderno ha dimenticato, sostituendola con la superficie liscia dello schermo, del selfie, della rappresentazione digitale del sé.

Lo specchio, allora, non è più d'acqua, ma di pixel. E la nostra identità si moltiplica in una serie di riflessi virtuali, ciascuno più fragile del precedente. Ci innamoriamo della nostra immagine curata, filtrata, ritoccata: un Narciso 2.0 che scorre la propria ombra luminosa nello smartphone. Ma il dramma è lo stesso: dietro ogni immagine, il vuoto.

VII. Dallo sguardo che imprigiona allo sguardo che libera

Eppure, lo specchio non è soltanto condanna. Può diventare strumento di conoscenza. Se Narciso avesse compreso che quel volto non era un altro, ma un richiamo, avrebbe potuto attraversare il riflesso, non fermarsi ad esso. Lo specchio psicologico, se accolto con umiltà, rivela non ciò che siamo, ma ciò che possiamo diventare.

In ogni processo di crescita interiore arriva il momento in cui siamo chiamati a guardarci negli occhi, a sostenere il nostro stesso sguardo senza paura. È lì che lo specchio perde la sua funzione narcisistica e diventa porta verso la coscienza. Guardarsi senza giudizio è, in fondo, il primo atto d'amore verso se stessi. Solo così il mito si riscatta, e Narciso non muore più sull'acqua, ma rinasce nell'autenticità.

VIII. *Conclusione: oltre il riflesso*

Il mito di Narciso non ci parla soltanto di vanità, ma di conoscenza. È il viaggio dell'anima attraverso l'immagine, dall'identificazione alla consapevolezza. Ogni volta che ci specchiamo - in un volto, in un amore, in uno schermo - siamo chiamati a scegliere se restare prigionieri del riflesso o attraversarlo.

E forse il segreto sta proprio qui: imparare a vedere nello specchio non ciò che ci separa dal mondo, ma ciò che ci unisce ad esso. Perché, come scriveva Eraclito, “i confini dell'anima non potresti trovarli, anche percorrendo tutte le vie: così profondo è il suo logos”.

Lo specchio non mente. Ma ciò che riflette, a volte, non è che la nostalgia di un volto che ancora non abbiamo osato incontrare.

IX. *Caso clinico: Marco, 17 anni – “Io sono diverso, ma lì mi capiscono”*

Marco è un ragazzo di 17 anni, introverso, con difficoltà di socializzazione nel contesto scolastico. Si presenta in terapia su richiesta dei genitori, preoccupati per il suo crescente isolamento e per il tempo trascorso sui social, in particolare su Instagram.

Durante i primi colloqui, Marco appare chiuso, risponde con frasi brevi e manifesta scarso interesse per il contatto diretto. Tuttavia, nel corso del percorso emerge un contrasto significativo: online, Marco gestisce un profilo molto attivo, dove condivide disegni, foto ironiche e riflessioni personali, ricevendo numerosi commenti e approvazione. Il sé digitale appare estroverso, ironico, disinvolto; quello reale, invece, è timido e ritirato.

Quando il terapeuta introduce la possibilità di parlare dei suoi contenuti social, Marco si illumina: per la prima volta si sente “visto” non solo per le sue difficoltà, ma anche per le sue competenze creative e comunicative. Attraverso l'analisi delle sue pubblicazioni emergono **due sé divergenti**:

- un *sé autentico*, sensibile e creativo, che si esprime liberamente dietro lo schermo;
- un *sé sociale inibito*, che teme il giudizio e il rifiuto nei contesti reali.

La psicoterapia adleriana, in questo caso, ha offerto uno spazio per integrare questi due poli. Il terapeuta ha utilizzato le immagini e i post come **stimoli narrativi**, chiedendo a Marco di raccontare cosa provava nel momento della pubblicazione, come sceglieva le immagini e che tipo di risposte cercava.

Questo ha permesso di riconoscere il bisogno profondo di appartenenza e stima, che nel contesto reale appariva bloccato da sentimenti di inferiorità e da una percezione rigida di sé come “non interessante”.

Nel corso dei mesi, Marco ha iniziato a trasferire parte della sua sicurezza digitale nella vita reale: ha accettato di partecipare a un gruppo scolastico di arte e ha pubblicato per la prima volta una foto in cui appariva in volto, commentando:

“Non solo i miei disegni, anche io ci sono.”

Col tempo, Marco ha iniziato a integrare questi aspetti nella vita reale, iscrivendosi a un corso d'arte e pubblicando un post con la propria immagine, accompagnato dalla frase: *“Ci sto provando anche fuori dallo schermo.”* Il sé virtuale, inizialmente vissuto come maschera, è diventato una **risorsa evolutiva**, un ponte verso l'autenticità. Il lavoro terapeutico ha dunque permesso di **integrare il sé virtuale e quello reale**, restituendo coerenza alla sua identità e trasformando il mondo digitale da rifugio a spazio espressivo.

Per Adler, l'essere umano è un sistema unitario orientato da uno scopo: ogni comportamento, conscio o inconscio, mira a realizzare un sentimento di appartenenza e significato [3].

Il sé non è un'entità fissa, ma una costruzione narrativa che si evolve nelle relazioni. Lino Grandi [7] ha approfondito questa dimensione, sottolineando come la narrazione consenta di integrare i frammenti dell'esperienza in un racconto coerente, rendendo possibile la trasformazione terapeutica.

Nei contesti digitali, la narrazione del sé assume nuove forme: le immagini, i post, i commenti diventano **unità narrative** che veicolano emozioni, bisogni e valori. Ogni profilo social, dunque, può essere interpretato come un “diario visivo dell'identità”, dove convivono desideri, paure e aspirazioni. La terapia può utilizzare questo materiale come linguaggio simbolico per esplorare il modo in cui il paziente si percepisce, si rappresenta e desidera essere visto. La terapia, ispirata al modello adleriano, ha valorizzato le risorse presenti nel sé virtuale, riconoscendole come **potenzialità autentiche**.

X. Il sé digitale: tra autenticità e performance

I social non sono semplici strumenti di comunicazione, ma **spazi identitari** in cui la rappresentazione del sé diventa parte integrante della realtà psichica. Harari [8] osserva che gli esseri umani contemporanei vivono in narrazioni collettive fondate su immagini e simboli digitali: costruiscono sé stessi attraverso ciò che condividono e ciò che ricevono in risposta.

Il sé digitale può manifestarsi in diverse forme:

- **Sé coerenti**, quando l'immagine online riflette aspetti autentici e congruenti della personalità reale.

- **Sé divergenti**, quando l'identità virtuale compensa fragilità del sé reale, costruendo una versione idealizzata o difensiva.
- **Sé complementari**, quando il mondo digitale permette di esprimere risorse non ancora riconosciute nella vita reale, diventando uno spazio di sperimentazione e crescita.

Non sempre, quindi, il sé virtuale rappresenta una distorsione: in molti casi, può essere **più evoluto, efficace e funzionale** del sé reale, poiché consente di sperimentare nuovi ruoli, rafforzare competenze comunicative e ampliare il senso di autoefficacia. Al contrario, in altre situazioni, la distanza tra i due sé può generare **disagio, alienazione o vergogna**, soprattutto quando il soggetto percepisce di non riuscire a “essere all'altezza” dell'immagine che egli stesso ha costruito.

XI. Il social come strumento terapeutico

In psicoterapia, il materiale proveniente dai social può essere considerato una forma contemporanea di **produzione simbolica**, al pari dei sogni o dei diari personali. L'analisi delle immagini, dei post o delle interazioni online può offrire accesso ai mondi interni del paziente: paure, desideri di riconoscimento, fantasie di perfezione o vissuti di esclusione.

Il terapeuta può invitare il paziente a portare in seduta contenuti online, riflettendo insieme su:

- **Che immagine voglio trasmettere al mondo esterno?**
- **Quali bisogni rappresenta questa immagine?**
- **Chi cerco di raggiungere o di compiacere?**
- **Come mi sento quando ottengo o non ottengo approvazione?**
- **Cosa mi attrae nei profili che seguo?**

Le risposte a tali domande aprono finestre sull'identità e sui valori del soggetto. Seguendo un orientamento adleriano, il terapeuta osserva questi aspetti non come deviazioni, ma come **tentativi di compensazione creativa** orientati al bisogno di appartenenza e riconoscimento.

L'impatto dei social sulla vita reale è oggi innegabile. Ciò che vediamo, seguiamo e condividiamo influenza la nostra **autostima**, il nostro **modo di percepire il corpo**, le relazioni e persino le scelte di vita.

Seguire contenuti positivi o ispiranti può stimolare crescita e motivazione; al contrario, l'esposizione costante a modelli irrealistici può alimentare confronto, frustrazione e senso di inadeguatezza (Internet Matters, 2022).

In chiave adleriana, tutto ciò può essere interpretato come manifestazione dello **stile di vita** individuale: ogni persona utilizza i social coerentemente al proprio schema di significati, cercando di mantenere coesione identitaria e senso di appartenenza.

Il sé digitale, pertanto, non è un'entità separata ma una **estensione simbolica del sé reale**, che può agire in modo complementare, compensatorio o disfunzionale.

- Quando i sé sono **simili**, la vita online rafforza l'autenticità e la sicurezza personale.
- Quando sono **distanti**, la vita digitale può diventare difesa, illusione o fonte di alienazione.
- Talvolta, il sé virtuale può essere **più efficiente o positivo**, anticipando potenzialità che la terapia può aiutare a trasferire nella realtà.
- Altre volte, al contrario, può essere **a svantaggio del sé reale**, mantenendo il soggetto in una dimensione performativa e fragile.

L'intervento psicoterapeutico si configura come **luogo di mediazione** tra queste dimensioni: lo spazio dove il sé digitale viene riconosciuto, decodificato e reintegrato in una narrazione coerente e autentica.

L'uso dei social in psicoterapia non è un semplice adattamento ai tempi, ma un'estensione del lavoro narrativo e simbolico che da sempre caratterizza l'approccio psicodinamico e adleriano.

I social media rappresentano oggi un **linguaggio dell'identità**: ciò che il paziente pubblica, osserva o tace racconta parti del suo mondo interno. Il compito del terapeuta è accogliere questo linguaggio, favorendo una **ri-narrazione del sé** che integri le immagini ideali con le esperienze reali, e restituisca al soggetto la possibilità di sentirsi autentico, efficace e connesso.

Come affermava Adler, "l'uomo è un essere sociale: trova la sua salute solo nel sentirsi parte del tutto".

Anche nel mondo digitale, questa affermazione conserva intatta la sua forza: la psicoterapia può aiutare a trasformare la connessione virtuale in **appartenenza reale**, restituendo senso e coerenza all'identità nell'era dei social.

Bibliografia

1. ADLER, A. (1933), *Der Sinn des Lebens*, tr. it. *Il senso della vita*, Astrolabio, Roma 1990.
2. BOYD, D. (2014), *It's Complicated: The Social Lives of Networked Teens*, Yale University Press, London.
3. DREIKURS, R. (1950), *Fundamentals of Adlerian Psychology*, tr. it. *Lineamenti della Psicologia Adleriana*, La Nuova Italia, Firenze 1968.
4. ERIKSON, E. H. (1968), *Identity: Youth and Crisis*, tr. it. *Gioventù e crisi d'identità*, Armando Editore, Roma 1995.
5. GOFFMAN, E. (1959), *The Presentation of Self in Everyday Life*, tr. it. *La vita quotidiana come rappresentazione*, Il Mulino, Bologna 1969.
6. GRANDI, L. G. (2015), *La narrazione del sé in psicoterapia*, Franco Angeli, Milano.
7. GRANDI, L. G. (2018), *Psicologia del sé e narrazione*, Franco Angeli, Milano.
8. HARARI, Y. N. (2018), *21 Lessons for the 21st Century*, tr. it. *21 lezioni per il XXI secolo*, Bompiani, Milano 2018.
9. TURKLE, S. (2011), *Alone Together*, tr. it. *Insieme ma soli*, Codice Edizioni, Torino 2012.
10. ZHAO, S., GRASMUCK, S., MARTIN, J. (2008), Identity Construction on Facebook: Digital Empowerment in Anchored Relationships, *Computers in Human Behavior*, 24(5), 1816-1836.

Genitori e bambini “allo schermo”: la narrazione di sé e dell’altro nei prodotti animati per bambini

GIAN SANDRO LERDA, VERONICA LO SAPIO

Summary – PARENTS AND CHILDREN ON SCREEN: THE STORYTELLING OF THE SELF AND OF THE OTHER IN ANIMATED PRODUCTS FOR CHILDREN. Children of the digital age grow up immersed from birth in a world constantly mediated by screens and digital content. It is also through this “mediated experience”, with the images and mirrors it proposes, that they begin to construct their first representations of themselves, of others, and of the world. Multimedia products - cartoons, video games, apps, TV series - become sources of symbolic and emotional nourishment, contributing significantly to processes of identification and identity formation. In the therapy room, this cultural shift is evident: the classic characters of fairy tales are increasingly replaced by superheroes, modern princesses, talking animals, and digital heroes drawn from the vast universe of children’s media. These new protagonists now serve as models through which children express needs, fears, desires, and inner conflicts. Attention to context leads us to carefully consider the content conveyed by children’s cartoons: do the new little superheroes embody the overcoming of a sense of inferiority or a celebration of omnipotence? Through the analysis of media content, it becomes possible to understand which images of individuals and relationships are proposed and internalized. The representation of parenting roles is also noteworthy: in some cases, reflective and mirroring capacities - fundamental in the child’s process of self-construction - are placed at the center; in others, we encounter adults portrayed as spoiling and infantilized, confused or absent, with possible effects on how children construct their own sense of Self and their expectations regarding relationships with others. Understanding and consciously using these new narrative languages is now an essential skill for the therapist working with children.

Keywords: DEVELOPMENTAL-AGE, PSYCHOTHERAPY, IMAGINARY WORLD, NEW MEDIA, AGGRESSIVENESS, PARENTAL ROLES

Abstract – GENITORI E BAMBINI “ALLO SCHERMO”: LA NARRAZIONE DI SÉ E DELL’ALTRO NEI PRODOTTI ANIMATI PER BAMBINI. I bambini dell’era digitale crescono immersi fin dalla nascita in un mondo costantemente mediato da schermi e contenuti digitali. È anche attraverso questa “esperienza mediata”, con le immagini e i rispecchiamenti che propone, che essi iniziano a costruire le prime rappresentazioni di sé, dell’altro e del mondo. I prodotti multimediali - cartoni animati, videogiochi, app, serie TV - diventano fonti di nutrimento simbolico ed emotivo, contribuendo in modo significativo ai processi di identificazione e di costruzione dell’identità. Nella stanza di terapia, questo cambiamento culturale è evidente: i personaggi classici delle fiabe vengono sempre più spesso sostituiti da supereroi, principesse moderne, animali parlanti ed eroi digitali tratti dal vasto universo dei prodotti per l’infanzia. Questi nuovi protagonisti rappresentano oggi per i bambini modelli attraverso cui esprimere bisogni, paure, desideri e conflitti interiori. L’attenzione al contesto ci porta a tenere in profonda considerazione i contenuti che i cartoni per bambini veicolano: i nuovi piccoli supereroi incarnano il superamento di un sentimento di inferio-

rità o un elogio dell'onnipotenza? Attraverso l'analisi dei contenuti mediali diventa possibile comprendere quali immagini dell'individuo e delle relazioni vengano proposte e interiorizzate. Anche la rappresentazione della funzione genitoriale è interessante: in alcuni casi, le capacità riflessive e di rispecchiamento – fondamentali nel processo di costruzione del Sé del bambino – sono poste al centro; in altri, ci troviamo di fronte ad adulti rappresentati come vizianti e infantilizzati, confusi o assenti, con possibili effetti sul modo in cui i bambini costruiscono il proprio Sé e le aspettative rispetto alla relazione con l'altro. Comprendere e utilizzare consapevolmente questi nuovi linguaggi narrativi è oggi una competenza fondamentale per il terapeuta che lavora con l'infanzia..

Parole chiave: PSICOTERAPIA DELL'ETÀ EVOLUTIVA, IMMAGINARIO, NUOVI MEDIA, AGGRESSIVITÀ, RUOLI GENITORIALI

“Bisognerebbe vedere oggettivamente, liberandoci dai nostri pregiudizi personali, che cos'è per un bambino l'esperienza di Goldrake (...) Bisognerebbe chiedersi il perché del loro successo, studiare un sistema di domande da rivolgere ai bambini per sapere le loro opinioni vere, non per suggerire loro delle opinioni (...) Invece di polemizzare con Goldrake, cerchiamo di far parlare i bambini di Goldrake, questa specie di Ercole moderno. Il vecchio Ercole era metà uomo e metà Dio, questo in pratica è metà uomo e metà macchina spaziale, ma è lo stesso, ogni volta ha una grande impresa da affrontare, l'affronta e la supera”.

(Gianni Rodari, *Dalla parte di Goldrake*, in *Rinascita*, n. 41, 1980)

“Prendiamo per esempio i nuovi cartoni animati della televisione (...) non bisogna credere che limitino o avviliscano la fantasia infantile: basta vedere i bambini che giocano nei cortili imitando questi personaggi, per capire che si sono impadroniti di quel materiale fantastico e lo adoperano per dire quello che vogliono, e può essere che sia esattamente il contrario di quello che voleva comunicare l'ideatore del cartone animato. Non subiscono Goldrake, lo adoperano. Hanno semplicemente una materia prima in più per giocare. (...) Non è la tv in sé e i suoi contenuti a fare male ai bambini, ma la solitudine che li tiene inchiodati davanti al piccolo schermo per ore”.

(Intervista RAI a Gianni Rodari, 1980)

Introduzione

Il contributo seguente nasce dagli studi, dalle esperienze cliniche e dalle riflessioni sviluppate dall’equipe del Dipartimento di Psicoterapia dell’Età Evolutiva dell’Istituto di Psicologia Individuale “Alfred Adler”.

In linea con il tema del Congresso, proponiamo un approfondimento sul ruolo che le rappresentazioni e le narrazioni di sé e dell’altro assumono nello sviluppo del bambino, con particolare attenzione all’influenza dei prodotti multimediali, come cartoni animati, videogiochi, App, serie TV, ecc.

I bambini dell’era digitale crescono immersi in un mondo costantemente mediato da schermi e contenuti digitali. Quindi, non solo l’esperienza diretta della realtà, ma anche l’esperienza mediata dalle immagini diventa parte integrante del loro processo di conoscenza e di rappresentazione di sé, dell’altro e del mondo.

Come scrive Anna Antoniazzi in un suo testo dedicato a questo tema: “I bambini leggono se stessi anche attraverso le storie che presentiamo loro, sono influenzati non solo dai modelli educativi incarnati dagli adulti di riferimento, ma anche da quelli che i media propongono, e si rapportano al gruppo dei pari attraverso l’imitazione ludica di quei modelli” (2, p. 21).

Il terapeuta dell’infanzia deve saper ascoltare i bambini nella loro spontaneità, deve saper giocare con loro, disegnare con loro, inventare con loro. Deve sapere che i bambini parlano di sé attraverso questi canali, comunicano quello che si muove dentro di loro, i loro vissuti, la loro visione del mondo, i loro bisogni profondi e le loro esperienze attraverso le immagini, le storie, i personaggi fantastici in cui si identificano nei loro giochi e nelle loro narrazioni, a volte del tutto inventati, a volte presi a prestito da fiabe, miti, fumetti, cartoni animati, videogiochi, prodotti multimediali per l’infanzia [14].

Ciò non significa che vi sia una corrispondenza rigida e univoca tra singoli personaggi/scene e specifici contenuti mentali: possiamo invece considerarli come contenitori che possono essere variamente e diversamente riempiti da ogni bambino, secondo i suoi particolari bisogni emotivi di quel momento. È il concetto di *insaturità*, secondo cui il bambino può attribuire a personaggi e scene, della fiaba come del gioco simbolico, significati diversi in momenti diversi della propria crescita, o sotto la spinta di differenti bisogni e stati emotivi [8].

I. *Il nuovo immaginario*

Nei percorsi di psicoterapia infantile, possiamo osservare significativi cambiamenti nell'immaginario infantile: i personaggi e le scene delle fiabe classiche, che popolavano frequentemente le storie inventate e i giochi simbolici dei bambini in terapia, strumenti fondamentali per la rappresentazione e l'elaborazione delle loro esperienze e dei loro vissuti, lasciano sempre più spazio a protagonisti moderni e a nuove ambientazioni tratte dalle miriadi di cartoni animati e prodotti per l'infanzia oggi abbondantemente consumati [12].

Le nuove figure e i nuovi scenari talvolta offrono la stessa possibilità di rappresentare ed elaborare i medesimi contenuti del mondo interno, semplicemente “vestiti” in modo differente, altre volte promuovono l'espressione di nuovi bisogni e nuove istanze legate o indotte dalla cultura contemporanea.

Nel nuovo immaginario, così come nelle trame e nelle rappresentazioni di una parte dei prodotti per l'infanzia, i temi della distruttività e della potenza si presentano con una certa insistenza. I “nuovi personaggi” sembrano esaltare più il potere che il coraggio.

La spinta vitale dell'aspirazione alla superiorità si manifesta più spesso nella forma di una volontà di potenza espressa come dominio e annientamento dell'altro. È più raro ritrovare le straordinarie avventure di quei piccoli personaggi delle fiabe classiche, intimoriti di fronte ai compiti della vita, ma “armati” di intelligenza, sentimento sociale e coraggio, che affrontano mille difficoltà e ostacoli per raggiungere una meta di realizzazione, benessere e armonia.

La lotta per il potere porta alla necessità di essere sempre più corazzati e aggressivi: di qui il tema frequentissimo delle trasformazioni, delle evoluzioni, della stratificazione di armature, della fusione tra personaggi e dell'assunzione continua di nuovi poteri. Si tratta di un'identità difensiva, la cui logica sembra essere: *“O sei sempre più forte o verrai eliminato”*. E le trasformazioni avvengono principalmente attraverso atti magici, spesso provenienti da potenze esterne; più raramente sono il frutto di un percorso maturativo o di una crescita che attinge dalle risorse interne [13].

Dal punto di vista psicodinamico, i nuovi personaggi fantastici paiono rappresentare una sovracompensazione onnipotente di un profondo senso di impotenza, più che un fisiologico processo di crescita, in quella sana dinamica tra sentimento di inferiorità e aspirazione alla superiorità.

Il nuovo immaginario è inoltre più spesso caratterizzato da una circolarità inquieta e instabile delle narrazioni, dove il pericolo non si risolve mai. Quando tutto sembra concluso, tutto ricomincia, ben lontani dal lupo delle fiabe classiche che viene eliminato una volta per tutte.

Nel setting psicoterapeutico, spesso troviamo questi scenari più accentuati ed esasperati nel gioco dei bambini con fragilità emotive e relazionali. La definizione dell’identità personale sembra giocare più sul piano narcisistico e persecutorio del potere e della difesa, che sul piano della differenziazione/consapevolezza interna e riconoscimento/adattamento al mondo esterno.

II. *I genitori di oggi: tratti salienti*

È interessante osservare come anche le rappresentazioni delle figure genitoriali nei prodotti per bambini siano cambiate: a volte i genitori sono rappresentati come figure solide e riflessive, altre volte appaiono come vizianti o infantilizzate, confuse o assenti/inconsistenti.

Questo può riflettere alcuni tratti della genitorialità contemporanea: i genitori di oggi mediamente non mancano di attenzioni nei confronti dei bisogni che i bambini esprimono, anzi tendono a soddisfarli ancor prima che vengano espressi. Nella società del benessere, il bambino rischia di essere al contempo un oggetto di soddisfazione narcisistica per i genitori e un soggetto da gratificare, alimentando l’illusione dell’onnipotenza, il bisogno di essere visto, considerato e ammirato, a fronte di minori strumenti di autonomia e responsabilità.

Un altro aspetto significativo della cultura contemporanea è il predominio del “fare” sullo “stare”. Uno stile di vita iperattivo, frammentato e discontinuo che disabituava gli adulti e non permette ai bambini di imparare a “stare”: stare in un luogo, stare in un gioco, stare in una relazione, dare continuità e profondità alla propria esperienza.

Se il maggior rischio evolutivo in passato derivava dall’eccesso di rigidità, dalla trascuratezza o dal mancato riconoscimento dei bisogni emotivi dei bambini, da cui si potevano sviluppare carenza di sicurezza personale, rabbia, conflitti intergenerazionali e problematiche dell’autostima, oggi il rischio più significativo è dato dall’impronta narcisistica dei legami familiari, dalla loro discontinuità e frammentazione, da cui possono derivare centratura su di sé, fragilità identitaria, ansia, fuga dalle relazioni, dipendenza patologica.

Incontriamo inoltre spesso genitori insicuri, eccessivamente dubbiosi e timorosi. Il bambino si sente coperto di attenzioni e di oggetti, ma anche di preoccupazioni e di ansietà, percependosi così poco contenuto e guidato. Il bambino ha bisogno di essere ascoltato, ma anche di essere indirizzato, ha bisogno di qualcuno che gli permetta di sperimentare, ma che ponga anche dei limiti. Il bambino ha bisogno di avere accanto a sé genitori forti e autorevoli.

La forza e l’autorevolezza, tuttavia, devono essere regolate dalla fiducia riposta nelle capacità evolutive del bambino, affinché non si traducano in autoritarismo, che non ne riconosce le peculiarità ed una volontà propria.

Avere fiducia nel potenziale di sviluppo significa anche non sostituirsi al bambino, ma permettergli di affrontare le sue difficoltà e trovare le proprie soluzioni. Sviluppare fiducia in se stessi all'interno di un legame sicuro consente ai soggetti in crescita di potersi allontanare dal porto e sperimentarsi nel mondo, sentendosi capaci e degni di fiducia.

Laddove, invece, il legame mantiene una connotazione fusionale-narcisistica, il genitore non è una persona, ma un oggetto di consumo e la dinamica del desiderio non può svilupparsi. Perché il desiderio possa emergere è necessario che si avvii un processo di differenziazione, si definiscano confini, limiti, si impongano delle distanze.

Un legame, dunque, in cui si differenziano un Io e un Tu e dove si profila l'eventualità dell'attesa, della frustrazione, della rinuncia, dell'impegno per raggiungere un obiettivo o per mantenere il legame stesso, e quindi dove nascono creatività, interscambio, progetti, intraprendenza, generatività.

III. *La televisione e i dispositivi digitali nella vita dei bambini*

Il contesto in cui un individuo nasce e cresce e quindi sviluppa le rappresentazioni di sé e del mondo ha un ruolo fondamentale [1]: per questo motivo, analizzare anche lo strumento “televisione” — e non solo i prodotti televisivi — è molto importante quando ci si occupa di psicologia dell'età evolutiva e di sostegno alla genitorialità.

Le nuove generazioni sono nate e cresciute con la TV e sono state testimoni e protagoniste dei grandi cambiamenti tecnologici. Per bambini e ragazzi non esiste una distinzione tra vecchi e nuovi media, poiché hanno sempre vissuto nella loro interconnessione [4].

Molte cose però sono cambiate con il passaggio al digitale e con l'avvento degli smartphone e delle piattaforme OTT (Over the top), dove per OTT si intendono quei mezzi che permettono la distribuzione di *contenuti web based*, tramite connessione a banda larga su reti aperte, accessibili attraverso una molteplicità di device [17]. Molti studi [10] hanno analizzato la variazione in termini di quantità di ore trascorse a guardare contenuti multimediali e ne hanno constatato l'incremento e lo svilupparsi di fenomeni come il *binge watching* e il *second screen*.

In Italia, secondo i dati Istat, nel 2022 [11] il 5% in più di bambini di 3-5 anni guarda la televisione abitualmente rispetto ai bambini della stessa età nel 2000; erano l'88,7% 20 anni fa e sono il 94,2% oggi. Il 91% degli italiani con più di 3 anni guarda la televisione, l'80% lo fa quotidianamente, per ore. Gli utenti più “forti” sono i bambini con meno di 10 anni e gli over 55. Il 23% guarda la tv in streaming su altri supporti, come PC, tablet o smartphone (era il 18% nel 2018). Il 28% sceglie video on demand da piattaforme commerciali.

Se quindi un tempo la povertà di mezzi e di spazi mediali dedicati all’infanzia riduceva le fonti di influenzamento dell’immaginario (fiabe, racconti popolari, carosello e, con l’avvento della tv generalista, i primi cartoni animati limitati ad una fascia pomeridiana di poche ore), oggi tali fonti si sono moltiplicate e l’accesso ad esse, attraverso la rete internet, appare illimitato sia nei tempi che negli spazi.

IV. *Le nuove modalità d’uso*

Come tale esposizione e tale pluralità può oggi contribuire allo sviluppo dell’immaginario dei bambini e con quali modalità?

Si potrebbe dire che, mentre 30-40 anni fa i contenuti erano limitati e poco attenzionati (basti pensare alle prime anime giapponesi che venivano proposte nelle ore pomeridiane e che erano ad uso di qualunque bambino in qualunque fascia di età), oggi potenzialmente è possibile scegliere tra una vasta gamma di prodotti adatti ai bambini di età diverse, molti dei quali edulcorati da scene violente e linguaggi impropri. Allo stesso tempo però questi prodotti paiono rappresentare un oceano di proposte nel quale i bambini rischiano di essere sommersi e a volte “affogare”.

L’esposizione ai nuovi prodotti per bambini rischia di essere un’esperienza immersiva: oltre al cartone in sé, c’è tutto un mondo di gadget che gravita intorno, dai giocattoli a tema alla cancelleria, ai libri, ai vestiti, tutto marchiato con i personaggi più amati. Come se l’immaginario non fosse mai libero di annoiarsi e di sostituire quei personaggi con qualcos’altro [15].

Analogamente a quanto già espresso nei paragrafi precedenti, è possibile che i personaggi dei cartoni di oggi siano, per certi versi, solo vestiti in modo diverso rispetto a quelli antichi delle fiabe e dei cartoni meno recenti, ma di fatto vengano utilizzati allo stesso modo dai bambini per rappresentare i loro vissuti e i loro bisogni evolutivi.

Ciò che cambia è la quantità di offerta, le modalità di fruizione e la dimensione di crossmedialità [2] che gravitano intorno ad essi, rendendo più complessa e profonda l’influenza sull’immaginario infantile. La complessità poi aumenta ulteriormente se a ciò si aggiunge che oggi guardare i cartoni animati non è sinonimo di guardarli in tv, ma i media che danno accesso ad essi sono molteplici e differenti tra loro [18].

C’è ancora spazio per l’immaginazione e per le elaborazioni personali se tutto il tempo è trascorso davanti alla TV o ai dispositivi?

V. *L'influenza della TV nello sviluppo dei bambini*

Come abbiamo anticipato nell'introduzione, sappiamo che i bambini tendono a riflettere su se stessi attraverso le storie che presentiamo loro e sono influenzati, nella costruzione della rappresentazione di sé e nella comprensione del mondo, non solo dai modelli reali forniti dagli adulti, ma anche da quelli proposti dai media [20].

Questo vale anche per gli adulti. Possiamo dire, riprendendo quanto affermato dal filosofo delle immagini Jacques Wunenburger, che le immagini si trovano a metà strada tra il concreto e l'astratto, tra il reale e l'immaginato, tra il sensoriale e l'intelligibile. Esse in qualche modo ci permettono di riprodurre e interiorizzare il mondo, di rappresentarlo così com'è, ma anche di modificarlo [23].

Le immagini, quindi, veicolano simboli e significati e producono uno spostamento, un cambiamento nella visione del mondo dell'osservatore. Farné [7] parla di “immagine didattica”, riconoscendone l'intrinseco valore educativo e formativo: i bambini si impegnano in quella che viene definita una lettura preiconografica, ma ne realizzano anche un'interpretazione più o meno elementare basata sulle proprie esperienze e conoscenze pregresse.

Nella letteratura dedicata al tema, vi è un costante interesse per le correlazioni tra i ruoli sociali attribuiti a genere ed età e il diverso uso dei media, nonché per l'ambiente socioculturale come fattore determinante di frequenza e gradimento [3]. Queste analisi mostrano come il comportamento dei bambini, anche rispetto ai media, sia influenzato da famiglia, scuola e amicizie. Quando questi riferimenti mancano o sono scarsamente pregnanti, l'influenza del video può diventare centrale. In definitiva, un bambino solo è un bambino non protetto e quindi più facilmente influenzabile: il problema, evidentemente, non è la TV, ma la solitudine in cui molti bambini vivono.

VI. *La rappresentazione dei genitori nei cartoni animati*

Quale rappresentazione della genitorialità viene proposta nei prodotti per l'infanzia oggi? È constatabile una certa eterogeneità, ma si possono individuare alcune tipologie. Spesso i genitori non sono presenti sulla scena: in alcuni casi la loro presenza di supporto o di controllo è solo implicita.

Ad esempio, in *Looney Tunes*, se ne sentono solo i passi o una voce fuori campo: il genitore mantiene un ruolo normativo “classico”, lasciando spazio all'autonomia del piccolo, che sembra possa così vivere e rielaborare le proprie dimensioni aggressive ed emotive. Questo ci appare un elemento utile, simile a ciò che accadeva in *Hansel e Gretel*, dove i protagonisti superavano le difficoltà con le proprie risorse.

In altri casi, invece, i genitori sono completamente assenti. Nel cartone *Cry Babies Magic Tears*, rivolto soprattutto alle bambine dai 3 ai 6 anni, i problemi si risolvono magicamente grazie al potere delle lacrime. Ci si può chiedere se la totale assenza di figure adulte e la risoluzione magica dei conflitti rappresentino adeguatamente i bisogni reali del bambino e il ruolo genitoriale.

Vi sono poi alcuni prodotti che attualmente costituiscono un fenomeno globale e propongono una certa tipologia di rappresentazione delle figure genitoriali. In particolare, attingendo ai contributi di alcuni autori esperti in questo campo, proveremo ad analizzare sinteticamente *Peppa Pig* e *Bluey*.

Secondo alcuni autori [2, 5], *Peppa Pig* rappresenta un modello di infanzia privo di limiti, dove i genitori cercano più di compiacere che di educare. Mamma e Papà Pig sono presenti, ma non pregnant e stimolanti: l’infanzia è privata della figura adulta capace di contenere e guidare.

In un episodio, ad esempio, Peppa cancella involontariamente, per gioco, il lavoro di Mamma Pig al computer. Quest’ultima, invece di fornire una risposta educativa, si unisce semplicemente al gioco dei figli. Come osserva D’Amato [5], qui emerge la mancanza di educazione alla responsabilità: adulti e bambini sembrano vivere sullo stesso piano, senza confini chiari.

Il risultato è una rappresentazione stereotipata e ripetitiva, priva di sorprese o di spazi interpretativi, contrariamente a quanto auspicava Gianni Rodari [19], che riteneva fondamentale lasciare libertà d’interpretazione a ogni bambino.

Cosa rende un cartone animato come *Peppa Pig* un prodotto audiovisivo limitato e, a nostro avviso, poco utile nel fornire materiale e strumenti di rappresentazione e di elaborazione della propria esperienza di relazione con le figure genitoriali?

Senza addentrarci in un’analisi più dettagliata di ciò che determina la qualità di un cartone animato, possiamo evidenziare che per i più piccoli sono senza dubbio importanti i seguenti aspetti: la comprensibilità della storia; le occasioni di identificazione positiva con i personaggi; l’uso dell’immaginazione come canale per stimolare la creatività e la comprensione fantasiosa; la presenza di situazioni legate al mondo dei bambini, comprese le piccole o grandi difficoltà che possono incontrare quotidianamente e i suggerimenti per superarle; il riferimento a valori universali e condivisi, come l’amicizia, la solidarietà e il coraggio di prendere l’iniziativa; le scene divertenti che fanno ridere il piccolo spettatore [16].

Tutti questi elementi sono presenti in *Peppa Pig*, ma il limite fondamentale risulta essere il modello stereotipato della realtà che fornisce, lasciando poco spazio alla libera interpretazione. Gli stereotipi, infatti, riempiono completamente la narrazione e non lasciano spazio alla riflessione [2].

Sono pochi gli episodi in cui si rimane sorpresi da ciò che accade: tutto si consolida in una ripetizione che, tuttavia, ha poco a che fare con il bisogno rassicurante che i bambini provano nell'ascoltare la stessa storia o interpretare lo stesso personaggio, funzionale a contenere e trasformare il loro mondo emotivo [14].

La ripetitività stereotipata è quindi un elemento di limite significativo, così come la presenza costante di una voce fuori campo, che lascia poco spazio alla possibilità per ogni bambino di interpretare la storia a modo proprio, poiché la decodificazione avviene non solo attraverso metodi universalmente validi, ma anche “secondo regole private e personalissime” [19].

Quest'ultimo aspetto ci introduce all'analisi di un altro prodotto: il cartone animato *Bluey*, di produzione australiana. Il programma di questo cartone ruota attorno alla vita quotidiana degli Heelers, una famiglia antropomorfa di Australian Cattle Dogs (Heelers), composta dalla cagnolina di razza Blue Heeler di sei anni, Bluey, dalla sorella minore Bingo, dal padre Bandit, e dalla madre Chilli.

Il prodotto animato ha vinto un Emmy Kids Award per la rappresentazione della vita familiare che propone e per i migliori contenuti rivolti a giovani spettatori; l'episodio della prima stagione *Sleepytime*, inoltre, è stato nominato dal New York Times tra i 20 migliori episodi televisivi di tutti i generi nel 2020.

Bluey sembra offrire un doppio livello di interpretazione: uno per i bambini e uno per i genitori. Infatti, un recente studio [6] ha analizzato numerosi tweet di fan adulti di Bluey che, oltre a esprimere quanto i loro figli apprezzino la serie, parlano anche dell'ispirazione che ne traggono per la loro genitorialità.

Cosa c'è in Bluey che lo rende così interessante anche per il mondo degli adulti?

A nostro avviso, il ruolo genitoriale appare rappresentato in modo più realistico ed equilibrato. Inoltre, sembra presentare vari aspetti del rapporto genitore-figlio senza mai enfatizzare quell'intento didattico, spesso forzato in altri cartoni animati. I genitori di Bluey e Bingo non sono sempre tolleranti, né perfetti e pronti a giocare in qualsiasi momento con le loro figlie. A volte sono impegnati al telefono per lavoro e, all'ennesima richiesta delle figlie, perdono la pazienza e chiedono severamente di essere lasciati soli. Sono genitori imperfetti, ma autentici, capaci di riconoscere i propri errori e i propri limiti e di trasformarli in occasioni educative.

Molti critici hanno descritto Bluey come una scuola per diventare genitori migliori nei tempi moderni, ma hanno anche sottolineato come il cartone animato non presenti un'immagine idealizzata della genitorialità. Piuttosto, enfatizza le difficoltà, i momenti di stanchezza e le piccole tensioni quotidiane. Bandit e Chilli sono maestri nel mantenere un legame con le loro figlie, ritagliando preziosi momenti di gioco tra lavoro e faccende domestiche.

La loro giocosità è chiaramente benefica anche per loro. [21] Attraverso il gioco condiviso, Bandit e Chilli favoriscono la crescita emotiva delle figlie e la loro autonomia, senza rinunciare al proprio ruolo educativo.

Come sottolineano gli autori di alcuni scritti dedicati: “La nostra analisi dei tweet indica che i genitori interagiscono con Bluey in diversi modi. I resoconti dei genitori sui loro figli che si dedicano a giochi fantasiosi e spontanei sono in linea con ciò che il programma cerca di incoraggiare tra il suo pubblico, sia bambini che genitori”.

Gli esempi presentati dagli autori spesso includono valutazioni positive di contenuti divertenti, accattivanti e toccanti, con resoconti di reazioni entusiastiche dei bambini, spesso intrecciate con gli elogi dei genitori, a testimonianza del legame che si crea tra loro attorno alla serie. Questa valutazione positiva può estendersi anche oltre il legame familiare e il divertimento condiviso, come si può osservare nelle descrizioni dei genitori che si intrattengono a guardare Bluey anche in assenza dei loro figli (21, p. 10).

In sintesi, la rappresentazione della genitorialità e del rapporto genitore-figlio nel cartone animato Bluey sembra, a nostro avviso, allinearsi al concetto di genitore “sufficientemente buono” di Winnicott [22]: un genitore presente e attento ai bisogni sani dei figli, ma anche umano. Un genitore che commette errori, ma sa correggerli, continuando a dimostrare l’utilità dell’esperienza dei limiti, essenziale per la crescita di un bambino.

VII. Conclusioni

Nei percorsi di psicoterapia dell’età evolutiva è giocando sul registro dell’immaginario che la coppia terapeutica accede alla possibilità di condividere l’insieme delle rappresentazioni e dei vissuti che costituiscono il *modo di essere al mondo* del bambino. Il processo che ne scaturisce promuove un’evoluzione dell’assetto interiore e delle modalità relazionali, funzionale a una maggiore differenziazione e integrazione delle diverse istanze, al superamento dei blocchi evolutivi o dei conflitti emotivi e a un più armonico adattamento alla realtà. [15]

Come nella terapia con l’adulto è necessario conoscere il contesto culturale nel quale egli si muove e da cui è influenzato a livello consapevole e inconsapevole, in egual modo il terapeuta dell’infanzia deve riconoscere e sapersi immergere nei nuovi scenari dell’immaginario infantile, che i bambini di oggi, come quelli di ieri, portano nel gioco e di cui si servono per raccontare se stessi, così come non può esimersi dal conoscere e approfondire il contesto in cui il bambino vive, compresi gli stimoli e le rappresentazioni fornite dagli odierni prodotti multimediali che influenzano l’immaginario stesso.

L'incontro con il piccolo paziente, inoltre, non può eludere dal relazionarsi con la coppia genitoriale e con i personali stili di vita che ciascuno porta.

Come ricorda Grandi (9, p. 148): «Il nostro sguardo deve saper comunicare che si è capaci di vedere i pazienti come potenziali creatori e non come consumatori. L'esigenza è di aiutare a superare l'impotenza creativa, intesa come incapacità di imprime-re la propria impronta (di desiderio, di direzione, di forza) ai sentimenti e alle azioni della vita quotidiana, che costituisce l'esperienza del sentirsi vivi.

Per fare ciò è necessario un terapeuta a cui piaccia giocare e che metta a disposizione del paziente protagonista lo spazio e il tempo per farlo».

Bibliografia

1. ADLER, A. (1912), *Über den nervösen Charakter. Grundzuge Einer Vergleichenden Individualpsychologie und Psychotherapie*, tr. it. *Il temperamento nervoso. Principi di psicologia individuale comparata e applicazioni alla psicoterapia*, Astrolabio, Roma 1950.
2. ANTONIAZZI, A. (2015), *Dai puffi a Peppa Pig: media e modelli educativi*, Carocci Editore collana Bussole, Roma.
3. CIOFALO, G. (2009), *L'influenza personale di Elihu Katz*, in KATZ, E. *I media studies tra passato e futuro, Lezioni romane*, Armando Editore, Roma, pp. 1000-1015.
4. D'AMATO, M. (2007), *Telefantasie. Nuovi paradigmi dell'immaginario*, Franco Angeli, Milano.
5. D'AMATO, M. (2014), *Ci siamo persi i bambini*, Laterza, Roma-Bari.
6. DYNEL, M., ROSS, S. A. (2022), Metarecipient Parents' #Bluey Tweets as a Distributed Fandom Affinity Space, in *Poetics*, vol. 92, Part A, 1-13.
7. FARNÈ, R. (2002), *Iconologia didattica. Le immagini per l'educazione: dall'Orbis pictus a Sesame Street*, Zanichelli, Bologna.
8. FERRO, A. (1992), *La tecnica della psicoanalisi infantile*, Raffaello Cortina, Milano.
9. GRANDI, L. G. (2016), *Amore e Psyche*, Effatà Editrice, Cantalupa (TO).
10. IAB Digital Video Center of Excellence (2017), *Guide to Digital Videoadvertising, Practical Advice for Cross-Platform Video Advertising*, Roma.
11. ISTAT (2022), *Tempo Libero e partecipazione culturale: tra vecchie e nuove pratiche*, a cura di: Emanuela Bologna e Miria Savioli, Istituto Nazionale di Statistica, Roma.

12. LERDA, G. S. (2010), “Bambini corazzati”: il nuovo immaginario infantile e i processi di incoraggiamento in psicoterapia, *Riv. Psicol. Indiv.*, 67: 134-140.
13. LERDA, G. S. (2017), I “nuovi bambini” in psicoterapia: dalle dinamiche impotenza-onnipotenza al processo inferiorità-superiorità. Riflessioni e strategie terapeutiche, *Riv. Psicol. Indiv.*, 82: 69-76.
14. LERDA, G. S. (2021), Mondo interno, immaginario e relazione terapeutica, in BASTIANINI, A. M. (a cura di), *Bambini in psicoterapia*, Carocci Editore, Roma, pp. 77-89.
15. LERDA, G. S., LO SAPIO, V. (2025), Il mondo magico di oggi. Evoluzione dell’immaginario infantile tra fiabe e cartoni animati, *Riv. La Psicomotricità nelle diverse età della vita*, 7(2): 18-24.
16. MAZZA, V. (2002), *Usare la Tv senza farsi usare. Per genitori e insegnanti che non vogliono lasciare i bambini soli davanti alla Tv*, Sonda editore, Collana Manuali educativi, Milano.
17. Osservatorio sulle comunicazioni AGICOM n.3/2025.
18. RIVA, G. (2004), *Psicologia dei nuovi media*, Il Mulino, Bologna.
19. RODARI, G. (1973), *Grammatica della fantasia. Introduzione all’arte di inventare storie*, Einaudi, Torino.
20. TISSERON, S. (2006), *Guarda un po’. Immaginazione del bambino e civiltà dell’immagine*, Universale Economica Feltrinelli, Milano.
21. WHITTINGHAM, K., MITCHELL, A., MITCHELL, B. (2019), Making up Games is More Important Than You Think: Why Bluey Is a Font of Parenting Wisdom, *The Conversation and The Guardian*.
22. WINNICOTT, D. (1971), *Playing and Reality*, tr. it. *Gioco e realtà*, Armando Editore, Roma 1974.
23. WUNENBURGER, J. J. (1997), *Philosophie des images*, tr. it. *Filosofia delle immagini*, Piccola Biblioteca Einaudi, Torino 1999.

Mi guardo allo specchio ma mi sento invisibile. Immagini adleriane nelle sintomatologie legate all'età adolescenziale

ALBERTO MALFATTI, CHIARA TOMASI

Summary – I LOOK IN THE MIRROR BUT I FEEL INVISIBLE. ADLERIAN IMAGES IN SYMPTOMS RELATED TO ADOLESCENCE. In this dialogue two clinicians try to understand, from an Adlerian perspective, how today's adolescents can develop social awareness, given the complexity of the educational environment and in a modern society. What happens in a family and educational environment if social feeling is not adequately encouraged and supported? What kind of internal and external conflict can arise? We will then get to the heart of the issue by exploring what happens when there is a developmental block, a slow relational suicide (in social withdrawal) and nutritional suicide (in eating disorders). Adler argued that without social feeling, an individual closes him/herself, becomes rigid, and then becomes ill. Therefore, when we try to understand the new generations, it is essential to analyze the context in which young people grow up, the way they see themselves and others, in order to question how they grow up in a highly competitive environment and how they manage their negative feelings. Starting from the assumption that the symptoms we will discuss are an expression of an extreme attempt to protect oneself from a psychological suffering, we would like to redefine the deepest needs and feelings of the new generations: they are “hungry” for authentic relationships that can satisfy in a reciprocal way. We will therefore compare the way that people with eating disorders and those with social withdrawal see the world, the feelings of inadequacy they experience, because only if we understand from what they try to protect themselves, can we understand their unique and unrepeatable way of seeing the world.

Keywords: ADOLESCENCE, SOCIAL WITHDRAWAL, EATING DISORDERS, SOCIAL FEELING, RELATIONSHIPS IN MODERN SOCIETY

Abstract – MI GUARDO ALLO SPECCHIO MA MI SENTO INVISIBILE. IMMAGINI ADLERIANE NELLE SINTOMATOLOGIE LEGATE ALL'ETÀ ADOLESCENZIALE. In questo intervento dialogico, due clinici dell'età evolutiva proveranno a comprendere, in una visione Adleriana, in che modo l'adolescente di oggi appartenente alla “Gen-Z”, possa costruire il sentimento sociale, consapevoli di quanto complessi siano l'ambiente educativo e la società moderna, post-industriale, fluida e iper-tecnologica. Che cosa succede in un ambiente familiare ed educativo se il sentimento sociale non viene adeguatamente incentivato e sostenuto, che tipo di conflitto interno ed esterno si può venire a creare? Si andrà poi nel vivo della problematica addentrando a comprendere cosa succede quando si verifica un blocco evolutivo, un lento suicidio di tipo relazionale (nel ritiro sociale), e alimentare (nei disturbi del comportamento alimentare). Adler sosteneva che senza sentimento sociale un individuo si chiude, si irrigidisce, si ammala. Diviene fondamentale, quindi quando si vuole comprendere le nuove generazioni, andare ad analizzare il contesto in cui il ragazzo/a cresce, il modo che ha di vedere sé stesso/a e gli altri, per andare ad interrogarsi su come si cresce in un contesto con un elevato grado di competitività e come si combatte il senso di inadeguatezza

nell'immagine di sé senza partecipazione alla vita comune. Partendo dal presupposto che i sintomi di cui parleremo sono espressione di un estremo tentativo di protezione da una troppo complessa sofferenza psichica, vorremmo riuscire a ridefinire i bisogni e sentimenti più profondi delle nuove generazioni: "affamate" di relazioni vere, autentiche, profonde ed in grado di soddisfare i bisogni in maniera reciproca, al contrario invece di come ci vengono spesso descritti dai/nei media. Confronteremo quindi il modo che la persona con disturbo alimentare e quella con ritiro sociale hanno di vedere il mondo, i sentimenti di inadeguatezza che vivono perché solo se comprendiamo da che cosa sentono di proteggersi possiamo comprendere il loro unico e irripetibile modo di vedere il mondo.

Parole chiave: ADOLESCENZA, RITIRO SOCIALE, DISTURBI COMPORTAMENTO ALIMENTARE, SENTIMENTO SOCIALE, RELAZIONI NELLA SOCIETÀ MODERNA

Premessa

È da qualche tempo che io e la collega dott.ssa Tomasi, abbiamo tentato di riflettere sull'importanza del ruolo che la società moderna ricopre nella costruzione del sentimento sociale. Lui, il sentimento sociale, è secondo noi, il protagonista indiscusso della nostra teoria da oramai più di un secolo, ma è soprattutto in questo momento storico che sta diventando uno degli aspetti più determinanti e fondamentali per poter vivere in maniera sana e appagante le relazioni interpersonali.

Questo ce lo dice proprio Adler. Ma come clinici di adolescenti ci siamo chiesti quanto siano, soprattutto proprio loro, gli adolescenti, ad essere in difficoltà in quel delicato compito di autoaffermazione e di costruzione della propria identità, spesso senza un solido e allenato sentimento sociale.

Quello che notiamo quotidianamente come psicoterapeuti di questi ragazzi e ragazze, è un senso di smarrimento, isolamento e senso di vergogna, che portano poi, come automedicazione, ad agiti autolesionistici internalizzanti, come nel caso del ritiro sociale o dei disturbi alimentari. Manifestazioni apparentemente molto diverse di problematiche alquanto simili sotto vari aspetti.

Adler diceva che la salute dell'individuo dipende dal suo sentirsi parte di qualcosa di più ampio. Dal riuscire a creare dentro di sé uno spazio che potremmo definire come un "noi", duale, perché solamente un "io", non può bastarci per essere felici, completi ed equilibrati. Nella nostra analisi della società moderna l'individualismo alla base di molti processi relazionali (ovvero l'idea che "io e i miei bisogni vengono prima di tutto"), non permette un vero e appagante processo di crescita, che dovrebbe essere invece all'insegna della cooperazione.

Senza questo fondamentale processo l'individuo percepisce un sentimento di distanza, di separazione, perdendo il senso del rapporto con l'altro. In questi casi allora diventa più naturale competere che non partecipare.

Gli adolescenti sono lo specchio delle contraddizioni di una società: sono l'elemento di frattura tra la fase infantile, la quale soggiace in parte all'educazione, all'istruzione e all'indottrinamento, e quella adulta, con forme più o meno funzionali di adattamento alla società. L'adolescente più ancora del bambino forse, ci permette di capire con più chiarezza i sistemi educativi e le dinamiche meno sane di una comunità in cui cresce.

La domanda centrale che ci siamo posti è stata questa: **la sintomatologia a difesa della sofferenza adolescenziale, rispecchia le problematiche della nostra attuale società moderna? Forniamo sufficiente incoraggiamento alle nuove generazioni per affrontare questo modello così complesso di società?**

In questa analisi iniziamo quindi concentrandoci sui cambiamenti sociali e familiari che caratterizzano la nostra epoca.

I. Tecnologia, genitori e Generazione Z

Gli adolescenti di oggi — la cosiddetta Generazione Z — sono figli di genitori appartenenti alla Generazione X, cresciuti in un'epoca in cui i telefoni cellulari non esistevano. Questo comporta un divario tecnologico ed esperienziale che rende spesso difficile ai genitori comprendere i vissuti dei figli, supportarli nella gestione dei dispositivi digitali o nel bilanciare i rischi e le opportunità della rete.

La gestione delle tecnologie in famiglia si muove spesso tra due estremi:

- da un lato, assenza di mediazione, con figli lasciati soli davanti a uno schermo;
- dall'altro, demonizzazione, con regole rigide e poco dialogo.

Nel mezzo, una grande difficoltà: educare all'uso consapevole della tecnologia in un contesto che evolve più velocemente della nostra capacità di comprenderlo. I genitori hanno sempre più paura a lasciar andare i figli da soli, senza cellulare, per strada.

Di conseguenza, i ragazzi sperimentano meno esperienze dirette, con una ricaduta sull'autonomia, sullo sviluppo delle competenze sociali e con la complessità dei nuovi processi separativi. Se un tempo la crescita passava attraverso opposizione e trasgressione, oggi gli adolescenti si separano per delusione e non più per conflitto [10].

I. 1. I social e l'identità degli adolescenti

I social media propongono una realtà parallela e distorta, popolata da figure perfette, sempre vincenti, in cui tutto sembra facile, immediato e privo di fatica. Questo alimenta nei giovani aspettative irrealistiche, senso di inadeguatezza e insoddisfazione. Il corpo, un tempo censurato, oggi è esibito. Ma l'insicurezza rimane, anzi cresce, alimentata da un bisogno continuo di validazione esterna.

La Generazione Z cresce con contenuti veloci e frammentati: canzoni di 2 minuti, slogan, video rapidi, influenzando anche la capacità di attenzione e il modo di comunicare: più istantanea, ma anche più superficiale e ansiogena. Anche i genitori sono soggetti all'influenza degli algoritmi: si confrontano con modelli di "genitorialità perfetta" che spesso generano ansia da prestazione e richieste eccessive verso i figli, aumentando inconsapevolmente la pressione a cui gli adolescenti sono sottoposti.

I. 2. Il confronto e la condivisione nell'era digitale

Siamo nel paradosso di una società che vive una rivoluzione comunicativa, eppure è quella che comunica meno in profondità. Un tempo il confronto avveniva tra pari all'interno della cerchia familiare o del contesto scolastico. Oggi, l'adolescente si confronta con il mondo intero: influencer, coetanei di altri paesi, modelli irraggiungibili e stili di vita idealizzati. Anche il modo di entrare in relazione è cambiato.

La comunicazione tramite messaggi o social media offre uno schermo dietro cui nascondersi, ma rende poi difficile trasporre le relazioni nella realtà. La differenza principale rispetto al passato è la condivisione costante, spesso pubblica, dei propri vissuti ma in maniera più superficiale. Si vive in un confronto con gli altri continuo, su qualunque cosa, basato sui feedback e i like.

II. Complesso d'inferiorità e sentimento sociale

Come adleriani abbiamo imparato che quando un ambiente familiare ed educativo offre al bambino delle risposte, con un giusto e sufficiente aiuto, una protezione e un incoraggiamento equilibrato, si creano quelle condizioni necessarie per superare il sentimento di inferiorità percepito dal minore, attraverso capacità di empatia e cooperazione.

Ne usciamo quindi anche grazie ad una educazione mirata alle competenze sociali e interpersonali. Quando invece tra le condizioni ritroviamo vissuti di insicurezza, imprevedibilità e umiliazioni, le compensazioni possono intaccare il potenziale del sentimento sociale nei bambini e bambine. E questo è il punto centrale del nostro intervento.

A volte, ad esempio, l'artificio o l'impeto della volontà di potenza si spingono troppo in avanti, sino a determinare una supercompensazione e di conseguenza un complesso di superiorità, sempre negativi perché matrici di isolamento e di rancore verso il prossimo.

Questo può di certo impedire ad un giovane di diventare un membro felice ed utile della società. Il ragazzo/a infatti può immaginare che la comunità sia un mondo ostile, e sentirsi incapace di far fronte ad essa.

Può sembrargli che il gruppo lo respinga e cerchi di farlo retrocedere a forza verso il basso. Tutte le idee che li portano a credere di essere respinti sono inevitabilmente connesse con l'impressione soggettiva che essi hanno di essere "meno" degli altri. Ed è proprio questo quello che succede nei ragazzi che incontriamo nel ritiro sociale o con disturbi del comportamento alimentare.

Questi giovani sono andati incontro al fallimento perché è mancata loro la quantità necessaria di sentimento sociale e le situazioni ideali perché questo si potesse creare. Essi allora affrontano i tre compiti vitali, privi di ogni fiducia che questi compiti possano essere risolti con la cooperazione e, quindi considerandoli esclusivamente nel loro aspetto privato. In questo modo, nessuno può trarre da un tale comportamento qualche vantaggio, poiché ciò verso cui essi muovono non va molto oltre la loro stessa persona. La meta a cui guardano è di pura superiorità personale e, in conformità a ciò, il valore dei risultati conseguiti è solo individuale.

Il pensiero di Adler vedeva nella mancanza di sentimento sociale, il vero pericolo per l'umanità [2]. Allora ci dobbiamo chiedere se questo famoso (per noi ovviamente) sentimento sociale, è ancora ritenuto così fondamentale dalla nostra società educante, in famiglia e nelle relazioni tra pari. Sappiamo e abbiamo anche sperimentato nella nostra esperienza, non solo clinica, ma anche personale diretta, che è un qualcosa che in realtà va coltivato e continuamente promosso.

Altrimenti finiamo per sottovalutare la sua utilità e finalità, o semplicemente mettendo davanti altri aspetti della vita e valori umani. Se nella nostra società emergono sempre più forti principi basati sul: benessere personale, la competizione, l'apparenza, la popolarità, la furbizia, il controllo (e tanti altri che non è possibile elencare tutti), possiamo davvero pensare che proprio questi valori non vadano ad indirizzare lo sviluppo delle nostre relazioni sociali?

Il processo di instaurazione di queste relazioni sociali è però di fondamentale importanza soprattutto nel periodo dell'adolescenza. Infatti, i rapporti sociali che si instaurano entro questa delicata fase di sviluppo, fungono da schema di riferimento nella fase di transizione dell'individuo verso l'età adulta, verso il suo ruolo nella comunità, nel suo modo di stare nel mondo.

La società di oggi, come abbiamo visto sta vivendo un cambiamento epocale, forse con una velocità mai vista prima, un cambiamento che sta mettendo in discussione alcuni paradigmi relazionali che abbiamo studiato come adleriani fino a qualche tempo fa, e che pensavamo di conoscere, e che forse (stiamo appunto ipotizzando in questo nostro intervento) potrebbero non essere in generale pienamente favorevoli allo sviluppo di sentimento sociale. In questo senso la società non crea quelle condizioni per cui questo importante aspetto per noi adleriani, possa essere coltivato e sviluppato soprattutto in fase infantile ed adolescenziale, quando sarebbe invece fondamentale.

Questa condizione crea una serie di problematiche alle nuove generazioni, che noi individuiamo piuttosto chiaramente nei disturbi del comportamento alimentare e nel fenomeno sempre più diffuso di ritiro sociale giovanile.

III. Oltre il sintomo: sentimento d'inferiorità e sentimento sociale nelle nuove psicopatologie

Adesso vi descriveremo la sintomatologia dei disturbi del comportamento alimentare oltre che del ritiro sociale, e come si possano manifestare il sentimento sociale e di inferiorità.

III. 1. Tecnologia, genitori e Generazione Z

1. Le tecnologie non favoriscono l'essere visti per quello che si è, ma spesso per come si "dovrebbe essere". La separazione, la crescita attraverso gli errori e l'autonomia nelle nuove generazioni, aumentano il sentimento di inferiorità e fanno sì che non ci si senta mai all'altezza.

2. Il sentimento sociale è poco accessibile per via di una mancanza di senso nelle relazioni, che sono solamente funzionali ai bisogni primari (in particolare di sicurezza) e la disponibilità verso gli altri è di solito svuotata di una connotazione realmente empatica, che sarebbe fondamentale per lo sviluppo di un sentimento sociale.

Lo sviluppo di un adolescente è sempre permeato dalle relazioni sociali, reali, in presenza, con un corpo vero. Ma se il sentimento sociale non viene educato e coltivato soprattutto in famiglia, dalle figure genitoriali con atti di vera comprensione, vicinanza e tenerezza, non sarà possibile ridurre la distanza percepita con gli altri, sia con gli adulti che con i propri pari.

III. 2. I social e l'identità degli adolescenti

1. La costante esposizione a corpi idealizzati e vite perfette sui social media può rafforzare nei giovani un profondo senso di inferiorità, che spesso si concentra sull'aspetto fisico "il numero sulla bilancia diviene il modo per comprendere il proprio valore, una sfida con sé stessi che dimostri una grande capacità di autocontrollo". Questa percezione di inadeguatezza, aggravata dal confronto continuo con modelli irraggiungibili può diventare terreno fertile per lo sviluppo di psicopatologie. Il controllo del corpo e dell'alimentazione diventano allora un modo per compensare un senso di insicurezza più profondo, nel tentativo di ottenere approvazione e sentirsi "abbastanza" agli occhi degli altri.

2. La capacità di identificarsi dev'essere aiutata per svilupparsi: ciò è possibile solo se l'individuo cresce assieme agli altri e si sente in relazione con loro. Quando non si instaura un adeguato sentimento sociale, i giovani iniziano a percepirsi come molto distanti dai loro coetanei, i quali, appaiono ai loro occhi equipaggiati di tutte le dotazioni necessarie per sopravvivere e, addirittura, per uscirne vincenti. Si sperimentano sentimenti di profonda vergogna, che progressivamente li allontanerà da tutto e da tutti, aumentando quella distanza emotiva, il cui antidoto sarebbe proprio la fiducia che si può sperimentare in un rafforzato sentimento sociale.

III. 3. *Il confronto e la condivisione nell'era digitale*

1. Secondo la prospettiva adleriana, l'adolescente ha un forte bisogno di appartenenza e riconoscimento. Oggi, la comunicazione digitale offre uno "schermo" protettivo, ma rende più difficile costruire relazioni autentiche. La condivisione continua e pubblica sui social alimenta un confronto costante con gli altri, basato su like e approvazione esterna. Far parte di determinati gruppi social significa dichiararne la propria appartenenza. Gli adolescenti si sentono quindi obbligati a farne parte per non vivere un senso di esclusione ma allo stesso tempo il confronto può intensificare il senso di inferiorità, spingendo il giovane a sentirsi inadeguato. Per Adler, il sentimento di inferiorità è naturale e può stimolare la crescita, ma in un contesto che valorizza solo l'apparenza rischia di bloccare lo sviluppo dell'autostima. Il bisogno di appartenenza viene confuso con il bisogno di visibilità. Di conseguenza, il senso del sé si costruisce su basi instabili e superficiali.

2. Le difficoltà nell'instaurare relazioni soddisfacenti con gli altri, la maturità intellettuale che alimenta una sensazione di diversità e incompatibilità con i coetanei, unita a un forte spirito critico, contribuiscono a generare sfiducia, negatività e disinteresse nei confronti della socialità. In questi confronti la paura di essere visti fallire diventa per alcuni giovani insostenibile. Non è il fallimento di per sé che li spaventa, ma il giudizio che ne deriva, e in molti di loro si verifica un problema di ansia sociale, ansia da giudizio, da valutazione, da prestazione, che certo non favorisce un senso di vicinanza, di empatia, cooperazione e reciprocità.

Bibliografia

1. ADLER, A. (1912), *Über den nervösen Charakter. Grundzüge einer vergleichenden individual Psychologie und Psychoterapie*, tr. it. *Il temperamento nervoso*, Astrolabio, Roma 1950.
2. ADLER, A. (1931), *What Life Should Mean to You*, tr. it. *Cosa la vita dovrebbe significare per voi*, Newton Compton, Roma 1994.
3. AQUILAR, F., DEL CASTELLO, E., ESPOSITO, R. (2005), *Psicoterapia dell'anoressia e della bulimia*, Franco Angeli, Milano.
4. BAGNATO, K. (2017), *L'hikikomori: un fenomeno di autoreclusione giovanile*, Carocci, Roma.
5. BUZZI, C., CAVALLI, A., DE LILLO, A. (2002), *Giovani del nuovo secolo. Quindici rapporti IARD sulla condizione giovanile in Italia*, Il Mulino, Bologna.
6. CAPPELLO, G. (a cura di, 2013), *Adolescenze in viaggio. Percorsi di psicoterapia con l'adolescente e il suo ambiente*, Effatà Editrice, Cantalupa (TO).
7. DREIKURS, R. (1950), *Fundamentals of Adlerian Psychology*, tr. it. *Lineamenti della psicologia di Adler*, La Nuova Italia, Firenze 1968.
8. GRITTI, A. (2016), *Psicopatologia del comportamento alimentare dell'età evolutiva*, Idelson-Gnocchi, Napoli.
9. LANCINI, M. (a cura di, 2019), *Il ritiro sociale in adolescenza. La solitudine di una generazione iperconnessa*, Raffaello Cortina, Milano.
10. LANCINI, M. (a cura di, 2020), *L'adolescente. Psicopatologia e psicoterapia evolutiva*, Raffaello Cortina, Milano.
11. MAGGIOLINI, A., PIETROPOLLI CHARMET, G. (2004), *Manuale di psicologia dell'adolescenza: compiti e conflitti*, Franco Angeli, Milano.
12. ORGLER, H. (1956), *Alfred Adler. Der Mann und sein Werk*, tr. it. *Alfred Adler e la sua opera*, Astrolabio, Roma 1970.
13. PARENTI, F. (1983), *La Psicologia Individuale dopo Adler*, Astrolabio, Roma.
14. PARENTI, F. (1987), *Alfred Adler. L'uomo, il pensiero, l'eredità culturale*, Laterza, Bari.
15. PIETROPOLLI CHARMET, G. (1991), *Culture affettive in adolescenza*, Cuem Editore, Milano.
16. PIOTTI, A., SPINIELLO, R., COMAZZI, D. (a cura di, 2022), *Il corpo in una stanza. Adolescenti ritirati che vivono di computer*, Franco Angeli, Milano.

Specchi Deformanti: la narrazione di Sé, degli Altri e del Mondo in una persona con disturbo alimentare

MANUEL NICOLÈ

Summary – DISTORTING MIRRORS: THE NARRATIVE OF THE SELF, OTHERS AND THE WORLD IN A PERSON WITH AN EATING DISORDER. In my clinical work as a coordinator and psychotherapist in an eating disorders clinic, one constant emerges: the body is not merely the object of the symptom, but becomes the distorted mirror through which the person seeks to regulate their sense of self-worth. Within the theoretical framework of Individual Psychology, these behaviors are not simply responses to social or familial pressures, but coherent, though dysfunctional, attempts to give meaning and direction to one's existence. The eating disorder is thus understood as a lifestyle, that is, as a unique and subjective way of confronting the vital tasks of love, friendship, and work, in the light of a deep sense of inferiority and the striving for superiority. The creative Self shapes symptomatic behaviors such as dietary restriction, perfectionism, hyper-control, or binge eating, in an effort to assert one, though not the only, guiding fiction: "Only if I am thin, strong, or invisible will I be accepted." Behind these behaviors, there is often a growing distance from others, experienced as judgmental or threatening, and a progressive withdrawal from shared life. Inner and outer reality become increasingly distorted. Others come to serve as the standard by which one's inadequacy is measured, and the obsessive thoughts that intensify further reinforce the disorder, distancing the person from a possible way out. The therapeutic alliance becomes the space in which these fictions can be deconstructed and a more useful meaning of experience reconstructed. This contribution reflects on the importance, in treatment, of grasping not only the symptom, but the life project that underlies it. Recognizing the protective and communicative function of the disorder is the first step in redirecting the patient's existential trajectory toward the useful side of life: that of cooperation, reciprocity, and social interest.

Keywords: EATING AND FEEDING DISORDERS, INDIVIDUAL PSYCHOLOGY, BODY IMAGE, THERAPEUTIC ALLIANCE

Abstract – SPECCHI DEFORMANTI: LA NARRAZIONE DI SÉ, DEGLI ALTRI E DEL MONDO IN UNA PERSONA CON DISTURBO ALIMENTARE. Nel mio lavoro clinico come coordinatore e psicoterapeuta di un ambulatorio che tratta i disturbi della nutrizione e dell'alimentazione emerge una costante: il corpo non è solo l'oggetto del sintomo, ma diventa lo specchio deformato attraverso cui la persona tenta di regolare il proprio valore. Nella cornice teorica della psicologia individuale, questi comportamenti non sono semplici risposte a pressioni sociali o familiari, ma tentativi coerenti, seppur disfunzionali, di dare senso e direzione alla propria esistenza. Il disturbo alimentare viene qui letto come stile di vita, ovvero come modo unico e soggettivo di affrontare i compiti vitali dell'amore, dell'amicizia e del lavoro, alla luce di un sentimento profondo d'inferiorità e dell'aspirazione alla superiorità. Il Sé creativo plasma condotte sintomatiche come la restrizione alimentare, il perfezionismo, l'ipercontrollo o le abbuffate, nel tentativo di affermare una, ma non l'unica, finzione guida: "solo se sarò magra, forte o invisibile, potrò essere accettata".

Dietro a questi comportamenti si cela spesso una distanza crescente dall'altro, vissuto come giudicante o minaccioso, e un progressivo ritiro dalla vita comune. Il mondo interno ed esterno è sempre più falsato. Gli altri diventano il metro con cui misurare la propria inadeguatezza e i pensieri ossessivi, che crescono, rafforzano il disturbo allontanando la persona dalla via d'uscita. L'alleanza terapeutica diventa, allora, lo spazio in cui decostruire queste finzioni e ricostruire un significato più utile della propria esperienza. Questo contributo riflette sull'importanza, nel trattamento, di cogliere non solo il sintomo, ma il progetto di vita che lo sottende. Riconoscere la funzione protettiva e comunicativa del disturbo è il primo passo per riorientare la traiettoria esistenziale del paziente verso il lato utile della vita: quello della cooperazione, della reciprocità, del sentimento sociale.

Parole chiave: DISTURBI DELLA NUTRIZIONE E DELL'ALIMENTAZIONE, PSICOLOGIA INDIVIDUALE, IMMAGINE CORPOREA, ALLEANZA TERAPEUTICA

I. Lo specchio deformante di Sé

Immaginiamo una giovane donna, chiamiamola Anna, sola di fronte allo specchio alle prime luci dell'alba. Anna fissa la propria immagine riflessa e ciò che vede la fa rabbrivire. Il suo riflesso è deformato, come se lo specchio fosse uscito da un luna park degli orrori: fianchi troppo larghi, ventre gonfio, imperfezioni ovunque. In realtà Anna è gravemente sottopeso, ma i suoi occhi non riescono a cogliere la realtà. Ogni mattina questo rituale si ripete, ed ogni mattina la voce interiore di Anna sussurra la stessa storia: "Non sei abbastanza. Devi essere più magra, devi controllarti di più". La distorsione dell'immagine corporea è un elemento cardine dei disturbi alimentari, strettamente associato ad ansia e depressione, e ha un effetto deleterio sull'autostima e sul benessere mentale [3].

Questa è la narrazione di Sé di Anna, un racconto interno intriso di disprezzo e insicurezza. Da dove nasce questa immagine distorta di sé? Secondo Alfred Adler, al cuore di ogni sofferenza profonda c'è un sentimento d'inferiorità che la persona ha sperimentato e che cerca disperatamente di compensare [2]. Spesso tale meta prende la forma di una finzione finale, un obiettivo idealizzato e in larga parte inconscio che orienta l'esistenza dell'individuo [6].

Nel caso di Anna, fin dall'adolescenza (e forse ancor prima) ha covato la sensazione di non valere abbastanza: non abbastanza bella, non abbastanza brava, non abbastanza amata. Questo vissuto d'inferiorità è come un seme che ha attecchito nella sua psiche, alimentando un bisogno di riscatto. Adler ci insegna che l'individuo reagisce al sentimento d'inferiorità sviluppando uno scopo di vita, una meta ideale da raggiungere per sentirsi finalmente adeguato [5].

Per Anna, la "perfezione" è quella finzione finale: nella sua mente, solo raggiungendo un peso irrealisticamente basso e un controllo assoluto sul corpo potrà sentirsi forte, accettata, in pace con se stessa. Si tratta di una meta fittizia, un miraggio che sembra

promettere la salvezza dal suo senso di inferiorità, ma che in realtà continua ad allontanarsi man mano che lei si avvicina. Più dimagrisce, più alza l'asticella della perfezione da raggiungere, intrappolata in un circolo vizioso di insoddisfazione.

Questa ricerca ossessiva di perfezione ha radici profonde nello stile di vita che Anna ha costruito crescendo. Adler definisce lo stile di vita come il "progetto" unico e irripetibile di ogni individuo, il modo in cui egli ha imparato a leggere sé stesso e il mondo fin dall'infanzia [8]. È come un insieme di lenti personali attraverso cui interpretiamo ogni esperienza.

Anna, da bambina sensibile e insicura, può aver sviluppato la convinzione di dover essere impeccabile per meritare amore e considerazione. Probabilmente ha imparato presto a compiacere gli altri, a prendere voti eccellenti, a non mostrare bisogni: ogni successo momentaneo leniva il suo sentirsi "meno di", rinforzando quello schema. Lo stile di vita di Anna si è strutturato attorno al controllo e al perfezionismo, facendole dire (non a parole ma con i fatti): "Io non valgo, il mondo esige eccellenza, quindi devo essere perfetta".

Questa formula, sepolta nella sua mente, riecheggia negli esempi classici forniti dalla psicologia adleriana, come quando un individuo pensa: "Io sono debole, il mondo è ostile, qualcuno deve proteggermi" [8]. Nel caso di Anna, il mantra nascosto suona più come: "Io sono sbagliata, il mondo non mi accetterà finché non sarò perfetta, quindi devo sacrificare tutto per raggiungere quella perfezione".

Questo stile di vita rigido e autoimposto porta Anna a definirsi esclusivamente attraverso il suo disturbo. La sua identità si riduce al numero sulla bilancia e alla capacità di resistere alla fame. In termini adleriani, la sua logica privata, il modo personale e soggettivo in cui interpreta la realtà, le dice che controllando il cibo controlla il proprio valore [8]. È una logica interna coerente per lei, ma profondamente scollegata dalla logica comune condivisa dagli altri.

Nella logica privata di Anna, rifiutare un pasto non è un gesto patologico, bensì un atto di coraggio e di padronanza di sé. Ogni segnale del corpo (debolezza, stanchezza, fame) viene reinterpretedo come prova di forza: "Se soffro e non cedo, allora valgo". Questa distorsione cognitiva fa sì che il comportamento autodistruttivo appaia ai suoi occhi come l'unica via possibile, restringendo sempre di più il suo campo di esistenza. Come affermano gli autori adleriani, un comportamento governato dalla logica privata finisce per limitare gravemente il livello di funzionamento dell'individuo [5].

Anna non riesce più a studiare con lucidità, a divertirsi, a riposare: tutta la sua vita è monopolizzata dal pensiero del cibo, del corpo, del peso. Il suo specchio deformante interiore riflette un sé monodimensionale: non più una giovane donna con sogni e potenzialità, ma soltanto "l'anoressica, la malata che non mangia".

II. *Lo specchio deformante degli Altri*

Il dramma di Anna non si consuma solo nel rapporto con sé stessa, ma anche nella relazione con gli altri. Pensiamo a una semplice scena: la madre di Anna la osserva preoccupata a tavola, cercando di convincerla a mangiare almeno qualche boccone in più. Negli occhi della madre c'è amore e timore, ma Anna attraverso i suoi specchi deformanti relazionali legge tutt'altro. Sente quel tentativo come un'aggressione, un controllo insopportabile. Nella sua mente risuona: "Vogliono farmi ingrassare, non capiscono quanto questo mi terrorizza. Stanno cercando di togliermi l'unica cosa che so fare bene: controllare me stessa".

Un commento innocuo di un'amica, "Sei così magra, mi preoccupa per te", viene filtrato dalla logica privata di Anna come una critica o una falsità: "Mi sta mentendo; in realtà mi trova grassa e vuole solo essere gentile" oppure "Mi compatisce perché sono patetica". Anche un complimento può essere travisato: se qualcuno le dice che ha un bell'aspetto, Anna immediatamente pensa che stiano notando che è ingrassata, e vive quelle parole con angoscia e vergogna.

In Adler si parla di "logica privata" contrapposta alla "logica comune": ciascuno di noi ha un modo privato di dare senso alle cose, frutto delle proprie esperienze e convinzioni, e nei disturbi questo modo può allontanarsi drasticamente dal senso comune condiviso [1]. Anna interpreta gli altri attraverso la sua narrazione interna, non secondo ciò che oggettivamente dicono o fanno. La madre apprensiva, l'amica premurosa, perfino il terapeuta, possono venir visti come nemici o giudici, perché, nel copione che Anna si racconta gli altri non la accettano per quella che è, ma solo per come appare o per i risultati che ottiene.

Possiamo immaginare che queste distorsioni abbiano radici lontane: forse nel passato di Anna figure di riferimento molto esigenti o involontariamente critiche hanno minato la sua fiducia. Uno sguardo deluso del padre di fronte a un voto non perfetto a scuola, una battuta sul suo corpo in fase di sviluppo da parte di un coetaneo: piccoli e grandi episodi che hanno insegnato ad Anna a temere il giudizio altrui e a leggerlo ovunque, anche dove non c'è. Paradossalmente, nel tentativo di evitare il giudizio e il rischio dell'abbandono, Anna si è rinchiusa in una gabbia che la isola proprio dalle relazioni di cui avrebbe più bisogno.

Adler poneva grande enfasi sul concetto di interesse sociale (detto anche sentimento sociale), inteso come la capacità di sentire gli altri come simili a sé, di cooperare e contribuire al bene comune [2]. È un termometro, in un certo senso, della salute mentale: maggiore è l'interesse sociale, più l'individuo è in armonia con il prossimo e con la comunità. Nel disturbo di Anna, vediamo invece un impoverimento drastico del sentimento sociale [4].

La sua condizione la spinge in una posizione di chiusura difensiva: gli altri diventano o minacce al suo controllo (come i familiari che insistono perché mangi) o metri di paragone schiacciati (come le ragazze “perfette” che vede sui social media e a cui si paragona incessantemente).

Non c'è più autentica cooperazione, ma solo confronto o fuga. Anna si sente separata dal resto del mondo, come se visse dietro un vetro: vede gli altri ridere, innamorarsi, lavorare, ma percepisce sé stessa condannata a un'esistenza a parte, in cui il cibo e il peso sono gli unici interlocutori rimasti. Questo isolamento non deriva da una mancanza di desiderio di relazioni, anzi, nel profondo Anna soffre terribilmente la solitudine, ma è mantenuto dalla paura. Adler direbbe che Anna manca del coraggio di appartenere, di affrontare i normali rischi delle relazioni umane, perché il suo sentimento d'inferiorità la convince che verrebbe rifiutata o sopraffatta. Così, anticipando la ferita, preferisce ritirarsi in un orgoglioso silenzio o rifugiarsi in una routine rigida dove almeno conosce le regole.

Se osservata dall'esterno, Anna potrebbe persino sembrare “funzionare”: continua a studiare ottenendo buoni voti e mantiene un'apparenza di normalità con sorrisi di circostanza, nascondendo il suo dolore. In effetti, molte pazienti con disturbi alimentari riescono inizialmente a mascherare il disagio dietro un'apparente successo nelle aree di vita [4].

Questo fa parte della finzione: “se sorrido e faccio vedere che tutto va bene, nessuno scoprirà la mia vergogna”. Ma dentro, la realtà è ben diversa: c'è rabbia, paura, la sensazione di essere un'impostora nelle proprie relazioni. Lo specchio deformante con cui Anna guarda agli altri (e con cui crede che gli altri guardino lei) le restituisce sempre la stessa immagine: “Non sono come voi; sono meno di voi, oppure devo fingere per piacervi”. È un circolo vizioso: più si sente diversa e inferiore, più si isola; più si isola, meno ha esperienze correttive di autentica accettazione da parte degli altri, e dunque rimane convinta delle sue distorsioni.

III. *Lo specchio deformante del Mondo*

Abbiamo esplorato come Anna vede sé stessa e gli altri attraverso specchi deformanti. C'è un terzo livello, più ampio, che riguarda la narrazione del Mondo che Anna ha sviluppato. Possiamo definirlo il suo scenario di fondo, lo sfondo su cui si muovono le vicende della sua vita. Come descriveremmo la visione del mondo di una paziente con disturbo alimentare da una prospettiva adleriana?

Probabilmente come un luogo rigido, esigente e pericoloso, nel quale solo chi rispetta certe condizioni può sperare di sentirsi al sicuro. Il mondo, agli occhi di Anna, è un grande tribunale sempre pronto a giudicare e, al tempo stesso, una giungla dove vige la legge del più forte (o del più magro).

In una tale concezione, non c'è spazio per la vulnerabilità: se ti fermi vieni sorpassato; se mostri un bisogno vieni sottomesso; se non sei perfetto vieni rifiutato. Questa è la filosofia privata che orienta la sua vita, la cornice entro cui si muovono tutte le sue scelte.

La visione del mondo di Anna è strettamente intrecciata con la sua visione di sé e degli altri. Infatti, in Adler termini come stile di vita implicano una rappresentazione coerente di sé, degli altri e dell'ambiente [4]. Anna ha costruito negli anni un quadro dove tutto combacia: "io sono inadeguata, gli altri sono esigenti o non affidabili, il mondo è difficile e severo".

Da questo quadro derivano certe linee guida per la sua condotta: evitare le sfide emotive (perché teme di non reggere), cercare un ambito in cui eccellere e mantenere il controllo (nel suo caso, il corpo e l'alimentazione), diffidare della spontaneità e della fiducia (perché nel suo schema potrebbero costarle caro). Questo intero sistema di credenze e comportamenti è sostenuto da quella che potremmo chiamare una volontà di potenza distorta, uno sforzo di autoaffermazione esasperato e deviato [6].

Invece di esprimersi come sana ambizione o desiderio di crescere insieme agli altri, la spinta a prevalere di Anna si è incanalata in una gara solitaria contro il proprio corpo e i propri limiti fisici. Ha rivolto l'aggressività verso se stessa pur di sentirsi "vincente" in qualcosa, in un mondo che altrimenti la vedrebbe sempre perdente. Questa ipercompensazione, il tentativo di colmare un profondo vuoto di valore con risultati estremi, è ben documentata nei disturbi alimentari [9]: si perseguono mete esagerate, mete ipercompensatorie, nel tentativo di dimostrare a sé e al mondo di essere all'altezza. Ma sono obiettivi illusori che, come specchi deformanti, alterano la percezione: il traguardo continua a spostarsi più in là, e intanto la vita vera scorre accanto.

Un aspetto cruciale della narrazione che Anna ha del mondo riguarda i compiti vitali, cioè quelle sfide universali che tutti gli esseri umani devono affrontare secondo Adler: il lavoro (o lo studio, nel suo caso), l'amicizia e la socialità, l'amore e la vita di coppia, e potremmo aggiungere il rapporto con se stessi.

Nel caso di Anna, il disturbo alimentare ha progressivamente eroso la sua capacità di affrontare questi compiti. Il suo rendimento nello studio, inizialmente eccellente grazie al perfezionismo, comincia a calare man mano che la malattia la consuma; in ogni caso, studiare non è più per lei un percorso di crescita o di interesse genuino, ma solo un altro terreno in cui non poter fallire.

Le amicizie si diradano: quante feste o uscite ha evitato, per paura di dover mangiare insieme agli altri o semplicemente perché troppo stanca e ansiosa per stare in compagnia? L'amore, poi, è quasi un territorio off-limits: l'intimità implicherebbe mostrare il proprio corpo, abbassare le difese, affidarsi. Tutte cose che cozzano con la regola fondamentale che governa il suo mondo: non perdere mai il controllo.

Così, Anna si tiene lontana dalle relazioni sentimentali, magari rifugiandosi in fantasie platoniche o nell'infatuazione idealizzata per persone irraggiungibili, pur di non mettere in gioco sé stessa veramente. Anche il rapporto con sé, il compito forse più fondamentale, è inquinato: anziché sviluppare autocompassione e autoaccettazione, Anna coltiva un dialogo interno fatto di critica feroce e punizione continua. Ogni errore, ogni cedimento (anche minimo, come mangiare un biscotto in più) è vissuto come un fallimento morale.

Di fronte a questo scenario desolante, potremmo chiederci: come spezzare l'incantesimo degli specchi deformanti? Cosa può infrangere la narrazione cristallizzata che tiene Anna prigioniera?

Qui entra in gioco il ruolo terapeutico, e più in generale umano, di chi si prende cura di persone come Anna. Un terapeuta adleriano sa che non basta eliminare il sintomo alimentare (riportare il peso nella norma, normalizzare i pasti); occorre ridisegnare insieme alla paziente la mappa del suo mondo interno. Non si tratta di impartire lezioni teoriche o di assumere un tono cattedratico; al contrario, occorre accompagnare la paziente a vivere nuove esperienze emotive.

Ad esempio, far sì che nel contesto protetto del rapporto terapeutico Anna possa sperimentare l'accettazione nonostante le sue imperfezioni: mostrarci la sua vulnerabilità ed essere comunque accolta; esprimere la rabbia ed essere capita; rivelare le sue paure più profonde ed essere rispettata. Molti autori sottolineano infatti l'importanza di esplorare la funzione del sintomo nel quadro complessivo di vita di chi ne soffre, poiché il comportamento disordinato può essere visto come un tentativo (disfunzionale ma significativo) di far fronte a un disagio profondo [9].

Da studi recenti emerge come una solida alleanza terapeutica sia effettivamente un fattore cruciale che influisce positivamente sugli esiti del trattamento nei disturbi alimentari, predicendo una riduzione significativa della sintomatologia e facilitando il cambiamento [7].

Queste esperienze dirette agiscono come specchi correttivi: gradualmente, lo specchio interno di Anna inizia a rimandarle un'immagine di sé più fedele e sfumata. Non più riflessi in bianco e nero, tutto o nulla, ma un'immagine in cui convivono luci e ombre, punti di forza e limiti, in altre parole, un essere umano, degno di affetto e di stima al pari di chiunque altro.

IV. Conclusioni

In questo viaggio attraverso gli specchi deformanti di una persona con disturbo alimentare, abbiamo visto come il vissuto soggettivo di Anna sia pervaso da distorsioni percettive e relazionali che la mantengono intrappolata.

Grazie alla lente interpretativa fornita dalla Psicologia Individuale di Adler, abbiamo potuto dare un senso a queste distorsioni: il sentimento d'inferiorità originario che avvelena la sua immagine di sé, la finzione finale che la illude con una meta irraggiungibile, lo stile di vita rigido che sostiene la sua logica privata disfunzionale, il crollo dell'interesse sociale che la isola dagli altri, la difficoltà ad affrontare i compiti vitali che danno significato all'esistenza. Tutti questi elementi concorrono a creare il "personaggio" che Anna crede di dover interpretare.

Ma Anna non è il suo disturbo. Dietro lo specchio deformante c'è una persona che sente e soffre, che desidera e sogna. Il compito di noi terapeuti è, in fondo, quello di offrirle uno specchio nuovo, nitido e non distorcente, in cui la paziente possa riscoprirsi gradualmente per quella che è: con i suoi limiti ma anche con le sue risorse; capace di sbagliare ma anche di rialzarsi.

Un percorso terapeutico adleriano cercherà di restituire ad Anna il coraggio di appartenere, di partecipare alla vita comune, di riconnettersi agli altri e al flusso della propria esistenza. Significa, ad esempio, tornare a sedersi a tavola con un'amica senza panico o affrontare un esame senza l'ossessione di dover eccellere a tutti i costi, riscoprendo che il proprio valore non dipende dalla bilancia o dallo specchio.

In conclusione, la metafora degli specchi deformanti ci ricorda quanto soggettiva e fallibile possa essere la narrazione che una paziente con disturbo alimentare costruisce su di sé, sugli altri e sul mondo. È nostro compito, come clinici, aiutare a smascherare queste illusioni, non con fredda razionalità, ma entrando empaticamente nel mondo della paziente, comprendendo dall'interno la funzione che quei giochi distorcenti di specchi hanno avuto per la sua sopravvivenza psicologica.

Solo così potremo pian piano orientarla verso specchi più nitidi: quelli della realtà condivisa, dell'accettazione di sé e dell'autentico legame con gli altri. La possibilità di liberarsi dalla prigione delle sue finzioni sta proprio nel riscoprire una prospettiva comune e nel ricongiungersi all'umanità con tutte le sue imperfezioni. Solo allora Anna potrà finalmente infrangere il vetro della sua gabbia interiore e riprendere in mano la penna per riscrivere la sua storia [1, 6].

Bibliografia e Sitografia

1. ADLER, A. (1927), *Menschenkenntnis*, tr. it. *La conoscenza dell'uomo nella Psicologia Individuale*, Newton Compton, Roma 1994.
2. ADLER, A. (1931), *Der Sinn des Lebens*, tr. it. *Il senso della vita*, Newton Compton, Roma 2012.
3. BROKJØB, L. G., CORNELISSEN, P. L., GUMANČÍK, J., McCARTY, K., TOVÉE, M. J., CORNELISSEN, K. K. (2024), Evidence for a Specific Distortion in Perceptual Body Image in Eating Disorders: A Replication and Extension, *PLoS ONE*, 19(11): e0313619. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0313619>
4. FASSINO, S., PIERÒ, A., NOVELLI, A., BRUSTOLIN, A., BARBIERI, E., ABATE DAGA, G. (2004), Il trattamento dei disturbi del comportamento alimentare secondo la prospettiva della Psicologia Individuale, *Riv. Psicol. Indiv.*, 56:15-34.
5. MAIULLARI, F., BERSELLI, C., MARASCO, E. E., MATTIONI, M. (2012), Psicoterapia e filosofia: un progetto di ricerca adleriano su inferiorità e compensazione, *Noema. Ricerche in Filosofia e Psicoterapia*, 3: 23-26.
6. MASCETTI, A. (2010), Finzioni e stile di vita, *Riv. Psicol. Indiv.*, 68: 117-122.
- MUZI, L., CARONE, N., MIRABELLA, M., FRANCO, A., RUGO, M. A., MAZZESCHI, C., LINGIARDI, V. (2024), Direct and Indirect Effects of Psychological Well-being and Therapeutic Alliance on Therapy Outcome in Eating Disorders, *Frontiers in Psychology*, 15: 1392887. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2024.1392887>
7. PARENTI, F. (1983), *La Psicologia Individuale dopo Adler*, Astrolabio-Ubaldini, Roma.
8. SHEREMETA, S. (2024), The Meaning and Role of the Body in Adolescents with Eating Disorders: a Description of the Meaning of the Symptom, *The Global Psychotherapist*, 4(1), 100-103.

Dal Falso Sé al Vero Sé. Cambiamenti strutturali e nuova identità. Percorsi analitici fra relazione intersoggettiva e interpretazione delle supercompensazioni

UMBERTO PONZIANI

Summary – FROM THE FALSE SELF TO THE TRUE SELF. STRUCTURAL CHANGES AND NEW IDENTITY. ANALYTIC PATHS BETWEEN INTERSUBJECTIVE RELATIONSHIPS AND THE INTERPRETATION OF OVERCOMPENSATIONS. This contribution aims to propose some analytical pathways representative of dynamics of change and the consequent and varied perceptions of oneself and the world. In psychotherapeutic work, every true structural change brings to people new self-images that are strongly felt even on a conscious level. They clearly remember how they used to react and are amazed by the new emotions, new behaviors, and new relationships. They are still themselves, but in a different dimension, less obscured and deforming, often in a reality that appears new. In clinical terms and regarding possible changes, the contribution also seeks to focus on the relevance of the concept of overcompensation, directly related to self-worth and capable of heavily distorting one's true identity. Overcompensatory processes are by no means the only unconscious dynamics in people with psychological distress. Often they are not even present, while many other behaviors require careful interpretation of a different kind. Considering that the quality of the intersubjective relationship is among the most effective factors in processes of change, in the cognitive field the ability to interpret overcompensatory choices often proves particularly useful and enlightening. The need for personal value, one of the cornerstones of Individual Psychology, finds in overcompensatory processes one of the "life saver" that many people use to protect themselves and then to lose themselves. In fact, this represents a very effective choice in the immediate term, but it tends to cover and disguise the true self, becoming burdened with great anxiety and heavy avoidance processes.

Keywords: CHANGE IN PSYCHOTHERAPY, TRUE IDENTITY, OVERCOMPENSATION

Abstract – DAL FALSO SÉ AL VERO SÉ. CAMBIAMENTI STRUTTURALI E NUOVA IDENTITÀ. PERCORSI ANALITICI FRA RELAZIONE INTERSOGGETTIVA E INTERPRETAZIONE DELLE SUPERCOMPENSAZIONI. Questo contributo intende proporre alcuni percorsi analitici rappresentativi di dinamiche di cambiamento e delle conseguenti e variate percezioni di sé e del mondo. Nel lavoro psicoterapeutico ogni vero cambiamento strutturale comporta nelle persone nuove immagini di sé ben avvertite anche sul piano consapevole. Quasi sempre ricordano bene come reagivano e si meravigliano delle nuove emozioni, dei nuovi comportamenti e delle nuove relazioni. Sono sempre loro, ma in un'altra dimensione meno oscurata e deformante, spesso in una realtà che appare nuova. In termini clinici e dei possibili cambiamenti, il contributo cerca di mettere al centro dell'attenzione anche la rilevanza del concetto di supercompensazione, direttamente correlato al valore di sé e in grado di deformare pesantemente la propria vera identità. I processi supercompensatori non rappresentano certo le sole dinamiche inconscie delle persone con disagi psichici. Spesso non sono nemmeno presenti, mentre tanti altri comportamenti hanno un accu-

rato bisogno di svelamenti e di interpretazione diversi. Nella considerazione che è la qualità della relazione intersoggettiva fra i fattori più efficaci nei processi di cambiamento, in ambito cognitivo la capacità di interpretare le scelte supercompensatorie appare in molti casi particolarmente utile ed illuminante. Il bisogno di valore personale, uno dei cardini dell'Individualpsicologia, trova nei processi supercompensatori uno dei "salvavita" a cui accedano tante persone per salvaguardarsi e poi perdersi. Questa infatti rappresenta una scelta molto efficace nell'immediato, ma tende a coprire e camuffare il vero sé, si carica di grande angoscia e di pesanti processi di evitamento.

Parole chiave: CAMBIAMENTO IN PSICOTERAPIA, VERA IDENTITÀ, SUPERCOMPENSAZIONE

Premessa

Una delle sensazioni più gradevoli e motivanti per chi si occupa di psicoterapia è l'evidenza che nel paziente stanno cambiando profondamente gli assetti disfunzionali. Percepiscono questi cambiamenti profondi sia il terapeuta che la persona stessa. In termini adleriani questo accade quando si stanno instaurando variazioni sostanziali e benefiche nello stile di vita originario del paziente. Accade di solito lentamente nel lungo corso di una psicoterapia o in modo deciso e rapido a seguito di importanti osservazioni sui vecchi stili disfunzionanti.

Nel titolo di questa comunicazione si sono usati in estrema sintesi due concetti winnicottiani [24], Falso sé e Vero sé, che esprimono altrettanto bene queste situazioni di cambiamento, per quanto riferibili, nella loro originaria concettualizzazione, a singole parti dello stile di vita.

Nell'esperienza di tutti i terapeuti ci sono volti, nomi, coppie, situazioni con cui hanno lavorato a lungo e di cui hanno visto variazioni profonde e significative. Il cambio è avvenuto grazie alla nuova relazione co-costruita, a volte con l'aiuto di sogni, elaborazioni consapevoli, metafore nuove su se stessi, svelamento di finzioni, lavoro duro e paziente sui propri stili disfunzionali, in mezzo a mille resistenze e ritorni indietro altalenanti. Poi, finalmente, il cambiamento avviene davvero.

I. Alcuni esempi

Molto sinteticamente, non potendo in questa sede proporre le vicissitudini dettagliate di alcune persone, ci si limiterà a tratteggiare sinteticamente due situazioni osservate in cui è manifesta la nuova immagine di sé, esperita con profonda meraviglia e sollievo. Si tratta di due persone che presentano problematiche non particolarmente gravi e rappresentative di tante altre situazioni certamente conosciute e trattate da tutti i colleghi.

D'altronde, in un Congresso con questa tematica dell'immagine di sé e delle distorsioni possibili, appare importante sottolineare l'efficacia del lavoro di tutti noi psicoterapeuti e del lungo procedere insieme al paziente.

Quando il processo evolve positivamente cambia la persona e cambia il terapeuta. La persona aumenta la conoscenza di sé, amplia la sua identità, modifica i suoi stili disfunzionali. Il terapeuta coglie la propria efficacia, si conferma ed evolve sul piano clinico e gioisce per il paziente e i suoi cambiamenti.

Quasi sempre le persone ricordano bene come reagivano precedentemente e si meravigliano delle nuove emozioni, dei nuovi comportamenti e delle nuove relazioni. Sono sempre loro, ma in un'altra dimensione meno oscurata e deformante, spesso in una realtà che appare nuova, con talenti nuovi, per quanto già presenti e fino allora sottostimati, con la consapevolezza serena delle fragilità e dei limiti personali.

Davide è un giovane uomo che per molti anni, circa quindici, ha sofferto di forti angosce in riferimento per lungo tempo a pensieri quotidiani e continui di tipo ipocondriaco, in seguito connessi a problematiche poco verosimili con l'autorità giudiziaria, infine riferiti alla possibilità che in negozio si presenti la Guardia di Finanza o clienti aggressivi e pronti a far causa.

In una precedente psicoterapia con un'altra terapeuta, era stato possibile attenuare un po' i sintomi che poi si erano ripresentati. Davide si presentò nel mio studio molto deciso e collaborativo, pronto a cercare, questa volta, le cause profonde delle sue angosce. La psicoterapia si è protratta per quattro anni e ha preso le mosse dalla notazione del suo doloroso vissuto di inferiorità e inadeguatezza per tutta l'infanzia e l'adolescenza. Nell'infanzia, a seguito della separazione dei genitori, trascorreva il suo tempo in parte con la madre e in parte col padre.

Quest'ultimo si era risposato con una donna in carriera come lui, poco incline all'affettuosità e all'empatia. Le forti richieste erano centrate sul performare e ottenere successi sia in campo scolastico che sportivo. Davide non si sentiva capito e di fatto continuamente scoraggiato. La sua infanzia, la sua adolescenza e il periodo successivo di giovane adulto è, di fatto, una continuazione di questi vissuti. Quando Davide ha 22 anni muore la madre, unica persona che offriva affetti ed empatia, probabilmente con una modalità che poco favoriva l'autonomia del figlio.

Dopo la maturità decide di imparare un mestiere e scopre dopo poco tempo che apprende in fretta e brillantemente. È una scoperta che lo meraviglia, ma poi vive nell'ansia di deludere. È anche il tempo della sua ipocondria, centrata sui tumori in varie parti del corpo.

Con un amico rileva un'attività in chiusura ed inizia la sua esperienza di negoziante di ricambi tecnici. In questo contesto si mostra spiccatamente dotato nella gestione della clientela e nell'organizzazione del lavoro. Davide non si accorge di questo talento, continua a rimuginare sulle sue scarse conoscenze tecniche, per cui si sente inadeguato anche nel suo operare.

È terribilmente angosciato dalla possibilità di essere indagato per un prestito fatto ad un amico e di essere coinvolto in un'indagine, a lui del tutto estranea, che qualche anno più tardi sarà definitivamente archiviata.

Mentre il suo commercio cresce nei risultati, per merito in gran parte suo, comincia a stare in grande ansia per la possibilità di controlli della Guardia di Finanza, pur essendo estremamente attento alle procedure richieste. Teme con grande angoscia la possibilità che qualche cliente insoddisfatto possa querelarlo.

La nostra psicoterapia inizia a questo punto ed è presto chiaro, per quanto ci riguarda, che si tratta di una situazione relativa ad un complesso di inferiorità e ad una mancata o poco efficace compensazione. Ma Davide non lo sa e iniziamo un percorso insieme che si snoda collaborativamente costruendo una buona alleanza terapeutica accogliente e senza giudizi.

Su questa convinzione di base, costruire insieme una relazione nuova, di ascolto empatico, incoraggiante e autonomizzante, iniziamo a ricostruire la storia di vita sul piano consapevole, fornendo e utilizzando insieme strumenti cognitivi che probabilmente non cambiano lo stile di vita, ma sono importanti per la necessità umana di comprendere e lavorare su modalità e stili inefficaci.

La nostra relazione appare subito buona e collaborativa e così si mantiene. Fra l'altro ci unisce il fascino per la Toscana e per luoghi da entrambi conosciuti e apprezzati. Lui sa che sono toscano di origine ed egli ama trascorrere le sue ferie sempre in quella regione. Nel frattempo cerchiamo di ricostruire lo stile di vita e le varie peripezie delle sue inadeguatezze. Davide si riconosce e accoglie lentamente e pienamente le interpretazioni che insieme elaboriamo. Inizia a rileggere spontaneamente la sua storia personale alla luce di quello che ha compreso.

Come avrebbe potuto essere la sua vita senza lo scoramento del suo valore, quali altre scelte avrebbe potuto fare? Queste riletture sono frequenti e piano piano modificano il suo stare nel mondo fino a quando comincia a rendersi conto che ha sempre vissuto molto al di sotto delle sue risorse e delle sue capacità. Inizia a riconoscere che non importa se sa poco di tecnica, il suo talento è relativo alle sue abilità manageriali nelle quali è certamente al di sopra della media.

In tutto questo le ambivalenze sono continue: torna e ritorna a rileggere, ma sente la nostalgia del vecchio stile di vita incentrato sulle sue insicurezze, ma anche sulle vecchie certezze consolidate seppur dolorose ed inefficaci. Lentamente anche l'ambivalenza scompare e Davide si trova in una nuova realtà. Ha profondamente compreso, sul piano consapevole, di non essere inadeguato, bensì di essere stato considerato e convinto sulla base di richieste eccessive, poco empatiche e relative ai bisogni ego-centrati degli adulti della sua infanzia.

Davide si rende conto che non ha più bisogno di angosciarsi e allertarsi come prima in quanto si sentiva spaventato e in territorio estraneo e pericoloso. Non si sente più un bluff, ha compreso che può contare sulle sue vere risorse che sono molte e che possono anche aumentare.

Nadia è una giovane moglie e mamma di una bambina di due anni. Ha una storia già pesante. Intorno ai suoi 12 anni, su sollecitazione della mamma rimasta incinta quando i due primi figli sono ormai preadolescenti, deve assumersi il controllo del padre che, aggressivamente, vorrebbe far abortire la moglie. La famiglia, fino allora armonica e serena, entra in una battaglia furiosa. La madre intende procedere nella gravidanza e il padre vuole assolutamente che abortisca. Nadia da quel momento e per anni si scontrerà con il padre e si assumerà il gravoso compito di contrastarlo anche dopo la nascita della sorellina a cui lui ricorda incessantemente che non doveva nascere.

Ci conosciamo quando Nadia, ormai sposata e madre dinamica e affrontante, si sente molto angosciata nell'iniziare la giornata di lavoro, le responsabilità genitoriali e la gestione della casa. Lei così intelligente, capace e organizzata è sommersa dall'angoscia. È in crisi per le tante responsabilità, ma, lo capiremo in seguito, soprattutto per la scoperta della sua fragilità tutta umana, ma incompatibile con la sua struttura grandiosa. Per come si è costruita, scoprire e mostrare i propri limiti è per lei devastante. Nel tempo e fin dall'infanzia, sia per le attese dei genitori sia per le sue scelte compensatorie, basate su un'intelligenza pronta e organizzata, Nadia ha elaborato uno stile di vita con ampie parti supercompensate.

È davvero molto abile, non si ferma davanti a impegni gravosi, sa costruire buone relazioni. In ogni situazione vuole e sa organizzarsi al meglio. Un esempio chiaro è dato dalle sue dimissioni dal lavoro amministrativo nell'azienda in cui è entrata all'inizio, sia della ditta e sia del suo impiego. Al momento dell'interruzione del rapporto di lavoro, Nadia si dichiara disponibile ad affiancare la sostituita. In realtà, dovranno sostituirla con quattro ragioniere! Per anni lei ha lavorato da sola facendo il lavoro di quattro persone, arrabattandosi per trovare le soluzioni per la fiscalità, l'amministrazione e tutto quello che serviva al suo impiego: perfetta, da sola e senza aiuti.

Nadia ha strutturato supercompensazioni ben connesse ai suoi talenti. È veramente abile e capace, ma si chiede troppo. Per molto tempo tutto procede bene e riesce anche a controllare i problemi della famiglia di origine, dove il padre continua a manifestare aggressività e fratture insanabili. Affronta con entusiasmo il lavoro, il matrimonio, la maternità e si dimostra molto efficace e valida come madre, moglie e impiegata.

La somma pesante delle sue aspettative si impone come eccessiva. Sta male, è angosciata e appena sveglia è in grande ansia, vomita la colazione e non ce la fa più ad uscire.

In seduta è subito molto attiva e collaborativa. Vuole capire per non soffrire; intende approfondire il suo vissuto con coraggio e abilità cognitive. Appare evidente la sua scelta supercompensatoria: deve sempre essere perfetta, estremamente organizzata ed efficiente.

La relazione fra di noi appare subito molto buona, profonda e collaborativa. Ci sincronizziamo in fretta e iniziamo un lavoro di comprensione delle strategie compensatorie con accuratezza e intensa voglia di capire. È possibile, con lei, approfondire presto le sue scelte supercompensatorie che accoglie con interesse e determinazione. Pazientemente il percorso psicoterapeutico si snoda fra alternanze di accoglienza e nostalgia. Nadia è molto motivata a comprendere e, sulla base della buona relazione terapeutica che costituisce il terreno nutriente, via via coglie e comprende le sue strategie grandiose e le mette in elaborazione.

Nell'ultima parte del percorso, Nadia riporta dei sogni interessanti. Sogna di entrare in casa propria e di trovarla irriconoscibile perché architettonicamente lussuosa e più grande, con molte stanze in più. In altri sogni sta guidando senza volante, è sufficiente muovere il proprio corpo per guidare senza problemi. Altri ancora la vedono trovare sotto foglie di arbusti perle di valore, in modo inatteso. Li interpretiamo insieme come sogni di scoperta di un sé nuovo, più ampio, completo, poco conosciuto e anche accogliente, senza controlli eccessivi e artificiose strategie.

Per Nadia è la scoperta di parti di sé sconosciute e inesplorate che attivano le emozioni e la rendono più empatica e affettuosa. Non esiste solo la performance, ma anche l'emotività, i sentimenti e un modo più sereno di vivere. È pienamente consapevole delle sue scelte e sa interpretare con lucidità la sua vita e quello che può essere di lì in avanti. Rinuncia con consapevolezza ai suoi bisogni di grandiosità e sa riconoscere e smascherare le spinte alla superiorità e all'onnipotenza.

Il cambiamento è enorme, la realtà interna è variata e lo specchio le rimanda ora un'immagine nuova. Scopre parti di sé sconosciute e sa accogliere le sue fragilità quasi con amore: è lei stessa, con i suoi limiti e le sue risorse, è quello che è, e va bene così. Le sue fragilità non sono limiti, ma caratteristiche personali da accogliere ed accettare.

Così anche per Davide, le angosce che lo hanno intrappolato per tanti anni cominciano a diminuire e poi a sparire. Lo stile di vita è davvero cambiato sente che è una persona diversa. Sa ormai riconoscere e differenziare le preoccupazioni oggettive, legate alla complessità del lavoro, da quelle angosce non realistiche che gli rovinavano la vita.

Per entrambe queste persone prese ad esempio, l'immagine di sé è cambiata, tanto è rimasto immutato, ma altrettanto è variato in modo efficace. Si apre il completamento di un'identità incompleta che funzionava male e che ha invece trovato un'efficacia piena.

In questo contesto è rilevante considerare come lo specchio rimandi finalmente un'immagine più a fuoco, piena e senza troppe distorsioni. Davide e Nadia stessi riconoscono le variazioni e sottolineano spesso come sia cambiata la loro vita. Lui in quegli anni è anche diventato padre ed è molto attento, affettuoso ed empatico. Spera, come tutti i genitori, di non produrre le distorsioni che su di lui sono avvenute. Negli ultimi tempi stava cercando di riprendere al meglio i rapporti con il padre, rimasto vedovo e schiacciato nella solitudine. Sarà un percorso difficile, affrontato con un animo nuovo, meno dolorante e più pronto alla comprensione e al perdono.

Significativo è il fatto che le conseguenze della revisione della propria storia personale e il completamento efficace della propria identità, non solo libera dai sintomi, ma restituisce la comprensione di sé e delle proprie vere caratteristiche, già presenti, ma mai considerate. Nei termini sintetici sopra sottolineati, il Vero Sé si esprime in modo completo e in esso si evidenziano immagini speculari con solo qualche distorsione finzionale, fisiologica e insopprimibile come lo è la realtà stessa.

II. *Super-compensazioni*

Sappiamo ormai compiutamente che fra i fattori terapeutici più importanti dobbiamo considerare la qualità della relazione che si instaura fra paziente e terapeuta. Consideriamo come siano probabilmente alcuni *momenti* particolari spesso inconsci e poco controllabili in cui gioca un ruolo del tutto rilevante l'autenticità del terapeuta e del paziente.

Ci riferiamo, fra l'altro, alle intuizioni di Stern e colleghi del Gruppo di Boston [23] che hanno messo in evidenza questo procedere e che ha trovato ampio seguito a livello internazionale, ma anche altri autori che lavorano in queste direzioni [9]. Si rifanno a queste riflessioni anche vari articoli di emeriti colleghi adleriani [11, 21, 22].

In generale, anche in termini del tutto individualpsicologici, sappiamo come sia lo stile relazionale nel suo insieme, co-creato dalla *coppia creativa psicoterapeuta - paziente*, a fornire una lunga relazione nuova e quindi a produrre i veri cambiamenti. All'interno della quale è fondamentale cogliere e capire le vicissitudini del *transfert* e del *controtransfert*.

La capacità di far sperimentare al cliente la grande novità di uno stile accogliente, incoraggiante, empatico, autentico e paziente, mai sperimentato, fa sì che si creino nel tempo della terapia nuovi stili relazionali capaci di cambiare profondamente il senso di sé e dell'altro. Il terapeuta si assume così quella "tardiva funzione materna" che rappresenta sinteticamente l'accoglienza piena e la possibilità di allargare agli altri la sua attenzione e i suoi affetti.

Consapevoli della preminenza ed efficacia del piano emotivo e relazionale, appare utile proporsi come utilizzare il piano cognitivo ed interpretativo in genere che per tanti anni è stato considerato, erroneamente, l'unico fattore efficace nella psicoterapia e nell'analisi. D'altronde abbiamo tutti il bisogno di cogliere e capire anche cognitivamente la nostra storia, le nostre scelte e le nostre vicissitudini. Lo stesso nostro cervello ha grandi parti emozionali determinanti e piccole parti corticali comunque estremamente attive e incisive.

In questo contesto si tenterà quindi di ridare rilevanza anche all'interpretazione collocandola fra i fattori di cambiamento minori, ma non per questo inutili. Per farlo ed esemplificarlo, sembra utile mettere l'accento su una concettualizzazione individualpsicologica come è la super-compensazione.

Le scelte super-compensatorie non rappresentano certamente le sole dinamiche inconscie delle persone con disagi psichici. Spesso non sono nemmeno presenti, mentre tanti altri comportamenti hanno bisogno di accurati svelamenti e di interpretazione diverse. Il processo della super-compensazione viene qui scelto per la convinzione di quanto sia utile e illuminante, in svariati casi, interpretare le scelte super-compensatorie insieme al paziente. Un altro motivo rimanda alla considerazione che questi processi abbiano un po' perso la loro rilevanza teorica e clinica, con il rischio di perderne l'incisività anche nel fare terapeutico.

Francesco Parenti [16] così descrive le supercompensazioni:

“Si possono definire supercompensazioni quelle [compensazioni] che si spingono oltre la semplice neutralizzazione dell'inferiorità di base, proponendosi mete particolarmente ambiziose o addirittura un esasperato dominio sugli altri. (...) Le compensazioni in eccesso possono strutturare un complesso di superiorità, inquinato dal narcisismo, che ingigantisce l'autostima e abbassa la valutazione degli altri. Il risultato così raggiunto è sempre fittizio e comporta un isolamento gravido di sofferenze profonde.” (16, p. 21).

Il bisogno di valore personale, uno dei cardini della Psicologia Individuale adleriana, trova nei processi supercompensatori un esempio limpido di come quel bambino, nei primi anni della sua vita, potrà stare nel mondo solo se diventerà perfetto, grandioso e speciale. La soluzione viene scelta da molti piccoli gravemente scoraggiati, ma anche da altri meno disperati, comunque alla ricerca di un posto privilegiato nel mondo.

È comunque una strada subito molto promettente che mette in primo piano, però, una volontà di potenza centrata sull'individualismo e quindi sulla lontananza dagli altri. Nel tempo tenderà a rimanere non consapevole, ma direttiva per la persona che avvertirà il terrore del possibile insuccesso, con ansia di evitamento per tutti quei possibili collaudi della propria fittizia grandiosità.

Nella maggioranza dei casi le scelte supercompensatorie, quasi sempre inconscie, determinano anche un continuo vissuto di inadeguatezza, ben consapevole e doloroso. Il continuo confronto intrapsichico fra le aspettative grandiose e la realtà dei comportamenti, infatti, mette in evidenza i continui insuccessi e la distanza dagli obiettivi irraggiungibili.

III. Conclusioni

In sintesi, una delle conseguenze più rilevanti per il paziente è comunque la perdita della propria vera identità, che permane, ma nebulosa e sullo sfondo. Quando i pazienti con queste dinamiche colgono e accettano una rimodulazione dei propri obiettivi, si apre un tempo di scoperta della propria vera identità in cui si accolgono benevolmente le fragilità, le risorse e i talenti.

È un processo lento che porterà ad un nuovo stile di vita vero ed evoluto. Il percorso è segnato da paure di diventare banali, fragili, “come tutti gli altri”. Le nostalgie segnano le resistenze e i ritorni, in un lungo procedere accidentato. L’accompagnamento paziente e senza giudizi permette loro di sperimentarsi e di aver timore, di aprirsi e richiudersi fino alla scelta definitiva, libera e ben consapevole.

Ci è parso interessante e utile mettere al centro la correzione delle distorsioni dello specchio, a cui partecipiamo intensamente con il nostro esserci paziente, credendo autenticamente alle risorse dell’altro, in un lungo e affascinante lavoro. Questo avviene quando le persone con cui lavoriamo modificano con meraviglia e sollievo il loro stile di vita e finalmente tornano a sentirsi e a vedersi con uno sguardo nuovo e davvero aperto agli altri.

Bibliografia

1. ADLER, A. (1910), *Cooperation zwischen den Geschlechtern*, tr. it. *La cooperazione tra i sessi – Scritti sulle donne e sugli uomini, sull'amore, il matrimonio e la sessualità*, Edizioni Universitarie Romane, Roma 2001.
2. ADLER, A. (1926), *Menschenkenntnis*, tr. it. *Psicologia Individuale e Conoscenza dell'uomo*, Newton Compton, Roma 1975.
3. ADLER, A., MACHT, K. (1928), *Die Kunst eine Lebens und Krankengeschichte zu Lesen*, in ADLER, A. (scritti 1928-1932), *Die Technik der Individualpsychologie*, tr. it. *L'arte di leggere la vita. Storia di una malattia*, (a cura di Marasco, E.E., Marasco, L.), Ed. Mimesis, Milano-Udine 2019.
4. ADLER, A. (1930), *Die Seele des Schwererziehbaren Schulkindes*, tr. it. *La Psicologia del bambino difficile*, Newton Compton, Roma 1973.
5. ADLER, A. (1931), *What Life Should Mean to You*, tr. it. *Cos'è la Psicologia Individuale*, Newton Compton, Roma 1976.
6. ADLER, A. (1931-1932), *Tecnik der Behandlung*, tr. it. *Diagnosi psicodinamica e tecnica analitica*, Rubbettino Editore, Soveria Mannelli (CZ) 2005.

7. ADLER, A. (1933), *Der Sinn des Lebens*, tr. it. *Il senso della vita*, De Agostini Editore, Novara 1990.
8. ADLER, A. (1936), Compulsion neurosis, *Int. J. Individ. Psychol.*, 2(4): 3-22, in ANSBACHER, H. L., ANSBACHER, R. R. (a cura di), *Superiority and Social Interest*, tr. it. *Aspirazione alla superiorità e sentimento comunitario*, Edizioni Universitarie Romane, Roma 2008.
9. AMMANITI, M., GALLESE, V. (2014), *La nascita della intersoggettività. Lo sviluppo del sé tra psicodinamica e neurobiologia*, Raffaello Cortina, Milano.
10. ANSBACHER, H. L., ANSBACHER, R. R. (1956), *The Individual Psychology of Alfred Adler*, tr. it. *La Psicologia Individuale di Alfred Adler*, Martinelli, Firenze 1997.
11. FASSINO, S. (2010), Finzioni e processo di cambiamento, *Riv. Psicol. Indiv.*, 68: 59-79.
12. FASSINO S. (2016), Il sentimento sociale del terapeuta riattiva quello del paziente, *Riv. Psicol. Indiv.*, 79: 27-43.
13. FERRERO, A. (2010), Il lavoro sulle finzioni in psicoterapia: significato del setting, *Riv. Psicol. Indiv.*, 68: 81-93.
14. GHIDONI, C. (2006), Il Paterno adleriano, *Riv. Psicol. Indiv.*, 60: 37-61.
15. GABBARD, G., O. (2014), *Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice, Fifth Edition*, tr. it. *Psichiatria Psicodinamica Quinta Edizione*, Raffaello Cortina, Milano 2015.
16. PARENTI, F. (1983), *La Psicologia Individuale dopo Adler*, Casa Editrice Astrolabio - Ubaldini Editore, Roma.
17. PONZIANI, U. (1994), Lo stile di vita. Nuove prospettive epistemologiche, *Riv. Psicol. Indiv.*, 36: 53-61.
18. PONZIANI, U. (2014), Il concetto di perfezionismo nella ricerca attuale e nella teoria adleriana della compensazione. Riflessioni teoriche e cliniche, *Riv. Psicol. Indiv.*, 75: 56-71.
19. PONZIANI, U. (2021), Pandemia, Disturbo da ansia di malattia e Coraggio di vivere. Riflessioni individualpsicologiche, teoriche e cliniche sull'ansia e sul coraggio di affrontamento del futuro, *Riv. Psicol. Indiv.*, 89: 43-64.
20. RIGLIANO, P. (2023), *Il valore di sé. Autostima e sofferenza mentale*, Mimesis, Milano.
21. ROVERA, G. G. (1988), Riflessioni sulla formatività in Psicologia Individuale, *Riv. Psicol. Indiv.*, 80: 31-39.
22. ROVERA, G. G. (2014), Le alleanze terapeutiche, *Riv. Psicol. Indiv.*, 76: 3-31.
23. STERN, D. N. and THE BOSTON CHANGE PROCESS STUDY GROUP (2012), *Change in Psychotherapy*, tr. it. *Il cambiamento in psicoterapia*, Raffaello Cortina, Milano 2015.
24. WINNICOTT, D. (1965), *The Maturation Processes and the Facilitating Environment: Studies in the Theory of Emotional Development*, tr. it. *Sviluppo affettivo e ambiente: studi sulla teoria dello sviluppo affettivo*, Armando, Roma 1970.

Disabilità e fine vita: la deformazione fantasmatica che incontra il reale

VALENTINA PURINI

Summary – DISABILITY AND END OF LIFE: PHANTASMATIC DISTORTION IN THE ENCOUNTER WITH THE REAL. Starting from the image of distorting mirrors, it is interesting to investigate in this communication the connections between how the mirror has been considered and interpreted from a psycho-philosophical point of view and the impact that organic diseases, including those with an inauspicious prognosis and severe chronic diseases, can have in deforming the perception of reality, of the Self and of one's own internal world, giving life to new intrapsychic and relational images. Organic pathologies bring with them the specter of death, which in some cases becomes increasingly concrete during the course of the disease. This work analyzes how the narratives of caregivers and patients exemplify how much the disease acts as a distorting mirror by operating physical, intrapsychic and relational changes. The clinical cases examined concern the work carried out as a psychologist in the context of end-of-life accompaniment, in the management of advance treatment provisions with continuity in psychological support to caregivers during the subsequent stages of mourning processing. This choice follows a path of gradual approach to the universe of the mirror in order to provide the indispensable tools for reading what happens in the caregiver-patient relationship and how the psychologist, as the third of the relationship, can favor the modification of the narratives of the nucleus through the care relationship. Traditionally, palliative care services did not include psychologists, but with the increase in evidence-based interventions, they are now critical to providing quality end-of-life care. Research shows that palliative care increases people's quality of life, reduces symptoms and potentially increases the duration of survival, giving us the most precious thing we have: time. In this context, it is important to try to understand the role that the psychologist plays in promoting the integration of the disease event within the life narrative of the patient and caregivers.

Keywords: DISABILITY, END OF LIFE, PALLIATIVE CARE

Abstract – DISABILITÀ E FINE VITA: LA DEFORMAZIONE FANTASMATICA CHE INCONTRA IL REALE. Partendo dalla imago degli specchi deformanti si ritiene interessante indagare in questa comunicazione le connessioni esistenti fra come è stato considerato e interpretato lo specchio dal punto di vista psico-filosofico e l'impatto che le malattie organiche, fra cui quelle a prognosi infausta e malattie croniche severe, possono avere nel deformare la percezione del reale, del Sé e del proprio mondo interno, dando vita a nuove immagini intrapsichiche e relazionali. Le patologie organiche portano con sé il fantasma della morte, che in alcuni casi diviene sempre più concreto durante il decorso della malattia. In questo lavoro si analizza come le narrazioni dei caregivers e dei malati esemplificano quanto la malattia funga da specchio deformante operando delle modificazioni fisiche, intrapsichiche e relazionali. I casi clinici esaminati riguardano il lavoro svolto come psicologa nell'ambito dell'accompagnamento al fine vita, nella gestione delle disposizioni anticipate di trattamento con continuità nel supporto psicologico ai caregivers durante le fasi successive di elaborazione del lutto.

Questa scelta segue un percorso di avvicinamento graduale all'universo dello specchio in modo da fornire gli strumenti indispensabili alla lettura di ciò che avviene nella relazione caregivers-malato e di come lo psicologo, in quanto terzo della relazione, possa favorire la modificazione delle narrazioni del nucleo attraverso la relazione di cura. Tradizionalmente i servizi di cure palliative non includevano gli psicologi, ma con l'aumento degli interventi basati sulle evidenze scientifiche, sono ora fondamentali per fornire cure di fine vita di qualità. Le ricerche dimostrano che le cure palliative aumentano la qualità di vita delle persone, riducono i sintomi e potenzialmente aumentano la durata della sopravvivenza, regalando ciò che di più prezioso abbiamo: il tempo. In questo contesto risulta importante cercare di comprendere il ruolo che lo psicologo svolge nel favorire l'integrazione dell'evento malattia all'interno della narrazione di vita del malato e dei caregivers.

Parole chiave: DISABILITÀ, FINE VITA, CURE PALLIATIVE

“Quando uno vive, vive e non si vede. Conoscersi è morire.”
(Luigi Pirandello)

Partendo dalla imago degli specchi deformanti si ritiene interessante indagare in questa comunicazione le connessioni esistenti fra come è stato considerato e interpretato lo specchio dal punto di vista psico-filosofico e l'impatto che le malattie organiche, fra cui quelle a prognosi infausta e malattie croniche severe, possono avere nel deformare la percezione del reale, del Sé e del proprio mondo interno, dando vita a nuove immagini intrapsichiche e relazionali.

Etimologicamente la parola “specchio” deriva dal latino *speculum-specere* che significa guardare, dunque lo specchio è uno strumento che consente di vedere ciò che sta dietro le nostre spalle (oltre a fornire la conoscenza della nostra immagine).

Già dall'antichità la parola *reflectere* (riflettere) aveva una doppia accezione, in quanto significa: “rinviare indietro /rispecchiare”, ma anche “meditare”. Lo specchio richiama il tema del doppio e ciò è dovuto al fatto che l'immagine che rimanda è perfetta nella sua somiglianza all'originale, e, nelle sue movenze, ubbidiente al soggetto che si osserva.

Da una prospettiva psicologica e relazionale può accadere che l'immagine rimandata dallo specchio non sia perfettamente coincidente o somigliante all'originale ma che porti con sé delle deformazioni (alterazioni, distorsioni).

Quando il bambino nasce, la prima immagine che ha del proprio corpo è quella che si riflette negli occhi della madre. La pupilla, infatti, ha la proprietà di riflettere l'immagine di chi ci sta di fronte rimpicciolendola (come accade nello specchio convesso). Lo sguardo materno, precede ogni altro tipo di conoscenza che il bambino farà su se stesso. Proprio quello sguardo (più o meno amorevole) influenzerà profondamente l'autostima della persona.

Donald Winnicott, pediatra e psicoanalista inglese, nelle sue teorie enfatizza la funzione di rispecchiamento della madre, dove lo sguardo materno funge da “specchio vitale”: un elemento di autoesplorazione e autoconoscenza del neonato [7].

Lo sguardo materno può essere interpretato come uno specchio originario in cui il neonato si scopre e si riconosce, dando forma alla propria esperienza di sé e del mondo. Winnicott sostiene che, nei primissimi momenti di vita, il bambino non possiede ancora un senso distinto di identità. È immerso in una condizione di fusione primaria con la madre, una sorta di unità indifferenziata.

Quando la madre guarda il bambino, il suo volto riflette qualcosa del mondo interno del figlio: emozioni, bisogni, stati d'animo trovano un riconoscimento silenzioso. In questo senso, lo sguardo materno funge da specchio non per la realtà esterna, ma per la realtà psichica del bambino. Se la madre è “sufficientemente buona” riesce a modulare le proprie reazioni in modo da restituire al bambino un'immagine coerente e accogliente di sé. Lo sguardo materno come specchio, dunque, è l'atto fondativo con cui il bambino passa dall'indifferenziazione alla soggettività.

Il tema dello specchio fu ripreso anche dallo psicoanalista francese Jacques Lacan, il quale teorizzò l'esistenza dello stadio dello specchio che avviene nel periodo di vita compreso tra i 6 e i 18 mesi di età. Lacan racconta l'esperienza peculiare vissuta da un infante di fronte alla visione della propria figura restituita per intero in uno specchio. Ciò che viene descritto dallo psicoanalista mostra come il bambino, ancora immerso nella difficoltà di movimento, riesca per la prima volta a riconoscere la sua immagine riflessa in modo unitario.

Tuttavia, Lacan scorge al contempo il carattere drammatico di un tale riconoscimento: la figura riflessa non corrisponde alla realtà corporea dell'infante, ancora troppo frammentata a causa dell'età. Se ‘al di qua’ dello specchio il soggetto appare come un corpo diviso, ‘al di là’ di esso diventa invece un Io, consapevole di sé. L'immagine speculare, costituente e non costituita, determina così una scissione, una frattura insanabile destinata ad accompagnare il bambino per tutta la sua vita [2].

Nell'esperienza vissuta dal bambino, Merleau-Ponty rintraccia il momento costitutivo dell'identità soggettiva, inteso nei termini di una lacerazione tra la figura unitaria e la naturale frammentazione del corpo nell'infante. Sulla scia della riflessione di Lacan, il filosofo pone allora in risalto la capacità, propria dell'immagine speculare, di dare luogo a una rappresentazione fittizia che, «nello stesso momento in cui determina la conoscenza di sé, rende anche possibile una specie di alienazione» [3].

Tale proiezione immaginaria, infatti, raffigura il primo indizio di un ‘Io ideale’, un modello di pienezza e perfezione verso cui il soggetto aspira, senza mai riuscire ad afferrare completamente.

Attraverso l'immagine unitaria restituita dalla parete speculare, il bambino diviene per la prima volta spettatore del proprio corpo, ma, al contempo, si produce in lui uno strappo che lo separa da se stesso. Al pari di Narciso, che nel contemplare la sua immagine riflessa nell'acqua se ne innamora perdutamente al punto da gettarsi nel fiume per raggiungerla, così il piccolo umano sembra provare un'infatuazione per quella figura unitaria destinata a rimanere soltanto un miraggio.

Merleau-Ponty condivide con Lacan l'idea secondo cui è l'immagine a costituire la prima forma di alienazione: da una parte essa permette di ricondurre a unità ciò che prima appariva diviso, dall'altra indica una profonda lacerazione del soggetto, che troverà le sue successive manifestazioni nell'incontro con l'altro.

Mentre per Winnicott prevale la dimensione del riconoscimento e della relazione empatica, in cui la madre riflette il bambino a se stesso, consentendo la nascita del vero Sé; per Lacan, invece, lo specchio introduce un ordine simbolico e immaginario che segna il soggetto con la mancanza e il desiderio: il Sé nasce sempre alienato, "altrove" rispetto a se stesso [1].

Coerentemente con quanto sopra esposto, nella prospettiva filosofica moderna, da Cartesio in poi, lo specchio viene inteso come metafora di ciò che l'uomo è impossibilitato a conoscere, di ciò che pensa di conoscere ma in realtà è solo fallace finzione. La rottura vera e propria dello specchio si ha con la filosofia nietzschiana. All'inizio della seconda parte di Zarathustra il protagonista sogna che un fanciullo gli porti uno specchio intimandogli di guardarvisi:

«Ma avevo appena guardato nello specchio, che dovetti gridare, e il mio cuore era sconvolto: giacché in esso non vidi me stesso, bensì il ghigno deforme di un demonio».

Pare dunque che Zarathustra non si riconosca, in quanto nello specchio vede un altro: viene rotto "l'incantesimo dell'identico".

Andrea Tagliapietra, filosofo italiano, conclude: "La metafora dello specchio che il pensiero occidentale aveva ripetutamente associato alla figura socratica del conoscitore di se stesso o, se si vuole, al narcisismo mitologico dell'amator di sé, approda, negli ultimi detti di Nietzsche all'immagine del "carnefice di se stesso" [5].

Nietzsche utilizza la metafora dello specchio in senso antropologico ed esistenziale: lo specchio non restituisce solo un'immagine, ma può diventare un giudice implacabile poiché non riflette ciò che siamo, ma ciò che non possiamo più nascondere e mostra senza pietà verità insopportabili sollecitando il confronto con una realtà che non possiamo negoziare.

In quest'ottica lo specchio non è neutrale, ma diventa un carnefice, ci costringe a confrontarci con la verità della nostra decadenza, dei nostri limiti, del tempo che consuma il corpo e l'identità. Per Nietzsche lo specchio rivela l'inconciliabilità tra immagine e desiderio, tra apparenza e volontà di potenza. Il filosofo ci invita a guardare lo specchio fino in fondo, accettando il dolore della verità come passaggio verso una nuova forma di affermazione.

La vita di ogni essere umano è caratterizzata da una pluralità di rispecchiamenti che hanno inizio nell'infanzia, come teorizzò Winnicott, e si protraggono nel corso dell'intera esistenza. In questa comunicazione, con la presentazione di un caso clinico, vorrei mettere in luce come le malattie a prognosi infausta possano agire da specchi deformanti del vissuto del malato e del caregiver. Allo stesso modo lo psicologo, nella relazione, può fungere da specchio che offre ai pazienti l'opportunità di riflettersi in una modalità riparativa.

I. Caso clinico

Riporterò alcuni stralci di un colloquio di coppia effettuato, a domicilio, con un paziente affetto da SLA e la moglie caregiver. Questo estratto è esemplificativo del tema congressuale "Specchi deformanti" declinato nell'ambito clinico delle gravissime disabilità acquisite e del fine vita.

Il paziente è affetto da Sclerosi Laterale Amiotrofica con coinvolgimento bulbare dal maggio 2023 (data in cui ha ricevuto la diagnosi). La SLA è una malattia neurodegenerativa rara e progressiva che causa la morte dei motoneuroni, ovvero le cellule nervose che controllano i movimenti volontari dei muscoli. Questo porta alla paralisi muscolare progressiva, compromettendo funzioni vitali come la respirazione, la deglutizione e la fonazione. Ad oggi non esiste una cura definitiva per la SLA, anche se sono disponibili terapie che possono rallentare la progressione.

La forma bulbare esordisce con la degenerazione dei motoneuroni situati nel bulbo (o tronco cerebrale). Questo coinvolgimento causa inizialmente difficoltà nel parlare (disartria) e nel deglutire (disfagia).

Da maggio 2024 si effettua con il malato e la caregiver, entrambi di 69 anni, un percorso psicologico di coppia volto all'accompagnamento al fine vita. I colloqui sono a cadenza settimanale ed il setting è a domicilio per via della situazione medica del malato.

Quest'ultimo attualmente è allettato, portatore di PEG (Gastrostomia Endoscopica Percutanea), tracheotomizzato con ventilazione meccanica, ha perso interamente la mobilità del corpo, è anartrico e riesce a comunicare solo attraverso il puntatore ottico.

Colloquio n. 41

La caregiver inizia il colloquio riferendo che la visita pneumologia effettuata il giorno precedente ha dato come esito la necessità di effettuare a breve una broncoscopia, che è stata definita dallo pneumologo come un lavaggio dei bronchi con l'utilizzo di una tecnica chiamata "toelettatura".

caregiver: *"È sempre molto rassegnato quando entra in ospedale. Lui si affida totalmente."*

psicologa: *"È quindi questione di rassegnazione o di affidarsi?"*

Marco: *"Credo più di rassegnazione."*

psicologa: *"In che senso?"*

Marco: *"Penso che tanto, peggio di così, ci sia rimasto poco purtroppo."*

psicologa: *"Come se lo immagina il "poco più" che di peggio è rimasto?"*

Marco: *"La mia paura più grande è di dover vivere questa situazione molto a lungo. Non oso pensare fra dieci anni come farà Silvia ad accudirmi."*

caregiver: *"Tutti e due in casa di riposo (ride ma è commossa). Quando non ce la farò più ci saranno le strutture."*

Marco: *"Meglio la morte."*

psicologa: *"Pensa sia meglio la morte?"*

Marco: *"Sicuro!"*

psicologa: *"Sembra che conviva in lei il desiderio di non vivere così per altri dieci anni e al contempo il non riuscire a scegliere di morire."*

caregiver: *"Anche l'aver paura di scegliere di far quel passo."*

Marco: *"A volte spero che mi succeda qualcosa di grave che mi aiuti a finire. Purtroppo è così difficile da comprendere per chi mi vuole bene."*

psicologa: *"Pensa che non lo comprendano?"*

Marco: *"Non lo so ma per chi ci mette tanto amore e impegno credo sia difficile da comprendere."*

psicologa: *"Ha paura che gli altri pensino che non è riconoscente, a dir così, nonostante il loro amore ed i loro sforzi?"*

Marco: *"No, credo sia frustrante. Come vanificare il sacrificio che sta facendo."*

caregiver: *"Io sono perfettamente cosciente che nonostante io facessi i salti mortali non potrei salvarti. Per me qualsiasi tua decisione è da accettare. Andrei fino in fondo. Sono cosciente che potrei perderti da un momento all'altro. M. te l'ho detto che mio marito mi manca. Io quello che c'era prima ho accettato che non c'è più, tu non lo accetti. Al mio posto cosa faresti?"*

Marco: *"Farei così anche se non riuscirei a fare tutto quello che fai tu."*

L'estratto di colloquio mette in luce quanto nella clinica con pazienti in fase terminale si parli di angoscia di morte tanto quanto di angoscia di vita.

Quest'ultima, ad esempio, è presente quando il malato esterna di sperare che accada qualcosa che lo porti a finire; mentre l'angoscia di morte si riferisce al suo non volere un suicidio medicalmente assistito, ma una morte naturale. Il conflitto interno del paziente lo porta a sperimentare una significativa quota di frustrazione ed angoscia, in quanto è come se si sentisse imprigionato nel proprio corpo malato e nella condizione esistenziale di desiderare la morte (pensiero anticonservativo) ma di non avere il coraggio di programmarla.

L'angoscia di vita è il frutto dalla deformazione operata dalla patologia organica di cui è affetto. Essa agisce come uno specchio deformante, il quale porta il paziente ad esperire il proprio sé e la relazione con l'ambiente, in modo differente rispetto a quando era sano ed abitava in lui la speranza di un futuro.

Avendo avvertito che Marco stava comunicando qualcosa di importante, la mia domanda: "pensa sia meglio la morte?" è stata un rispecchiamento con la finalità di permettere al malato che la morte fantasmatica entrasse a far parte della realtà della sua narrazione di vita; ovvero un riflesso della disperata considerazione sull'attuale condizione esistenziale del malato.

Il riflesso della morte reale è ciò che il paziente può guardare allo specchio oggi. Quando la caregiver verbalizza *"Marco te l'ho detto che mio marito mi manca"* è interessante notare come parli in terza persona del coniuge che sembra ormai morto e che manca a lei tanto quanto al malato manca il proprio Sé marito. La malattia organica ha determinato una frattura tra la vita precedente e un'esistenza diversa, che si configura nel presente come l'attesa dell'inatteso momento di morire. I mutamenti generati dalla malattia hanno determinato profonde alterazioni come quelle fisiche, intrapsichiche e relazionali.

In passato Marco e Silvia erano una coppia di coniugi innamorati. Oggi tutto appare perduto e deformato. La coppia di amanti sembra essere investita da una metamorfosi che porta la moglie a vivere come se fosse l'infermiera del marito e quest'ultimo ad essere il malato che necessita di cure ed assistenza. Emergono nuove immagini intrapsichiche e relazionali che si fanno spazio attraverso la sofferenza generata dalla presa di contatto, sia del caregiver che del malato, con la finitudine umana.

Lo psicologo, nella relazione di cura, si pone come uno specchio che deforma il deformato in senso trasformativo e riparativo. Nel suo ruolo di contenitore e di rimando simbolico, diviene un luogo di rispecchiamento in cui il paziente è chiamato a confrontarsi con aspetti della propria condizione esistenziale che sfuggono alla rimozione o alla negazione.

Uno dei principali obiettivi del percorso di accompagnamento al fine vita è quello di ripristinare nel nucleo familiare un senso di continuità tra il passato ed il presente. La continuità consente al malato di mantenere viva, nel proprio mondo interno, un'immagine di Sé marito, padre, lavoratore e uomo.

Allo stesso modo potrebbe consentire alla caregiver di non abbandonare la propria vita. Il percorso psicologico è un'opportunità di rileggere la propria storia attribuendogli nuovi significati, che meglio accompagnano la coppia durante il decorso della malattia. Lo psicologo opera delle trasformazioni volte a favorire l'integrazione identitaria poiché la malattia, costituendo un evento traumatico, genera una catastrofica cesura tra l'immagine di un Sé sano e quella di malato.

La connessione tra lo specchio come carnefice nella riflessione filosofica e lo specchio deformante nelle esperienze di malattia organica permette di mettere in luce un punto cruciale: il confronto con la propria immagine- reale, simbolica o riflessa nella relazione è sempre un confronto con la realtà della finitudine. Mentre la filosofia evidenzia la dimensione tragica di questo svelamento, la psicologia clinica cerca di trasformare tale confronto in un'occasione di ricostruzione simbolica.

In Nietzsche, lo specchio non concede tregua, rivelando senza pietà la distanza tra ciò che si è e ciò che si vorrebbe essere, mentre la funzione riflessiva dello psicologo, nella sua inevitabile parzialità e deformazione, consente al paziente di misurarsi con la perdita, la trasformazione corporea e la progressiva ridefinizione identitaria indotta dalla malattia.

Ciò avviene aiutando il paziente a dare forma e senso a un Sé che, pur deformato dalla malattia, mantiene la sua possibilità di esistere nella continuità relazionale e narrativa. In questa prospettiva, lo specchio non è più soltanto carnefice, ma può diventare un ponte tra perdita e trasformazione anche per facilitare un'integrazione identitaria. Lo psicologo modula la funzione riflessiva, affinché il paziente non resti imprigionato in una rappresentazione persecutoria del proprio Sé, ma possa reintegrare la frattura identitaria in una cornice narrativa che preservi dignità, continuità e senso.

Bibliografia

1. ABRAM, J. (2007), *The Language of Winnicott: A Dictionary of Winnicott's Use of Words*, Karnac, Londra.
2. LACAN, J. (1966), *Lo stade du miroir comme formateur de la fonction du Je*, in *Écrits*, tr. it. *Lo stadio dello specchio come formatore delle funzioni dell'io*, Einaudi, Torino 2002.
3. MERLEAU-PONTY, M. (1975), *Les relations avec autrui chez l'enfant*, tr. it. *Il bambino e gli altri*, Armando, Roma 2016, p. 121.
4. STRADA, A. (2018), *Palliative Psychology: Clinical Perspectives on an Emerging Specialty*, Oxford University Press, New York.
5. TAGLIAPIETRA, A. (2008), *La metafora dello specchio. Lineamenti per una storia simbolica*, Bollati Boringhieri, Torino.
6. TESTONI, I., BORTOLOTTI, C., POMPELE, S., RONCONI, L., BARACCO, G., OOKIBI, H. (2020), A Challenge for Palliative Psychology: Freedom of Choice at the End of Life among the Attitudes of Physicians and Nurses, *Behav. Sci. (Basel)*, doi: 10.3390/bs10100160.
7. WINNICOTT, D. W. (1965), *The Maturational Processes and the Facilitating Environment: Studies in the Theory of Emotional Development*, Hogarth Press, Londra.

Arrendersi al sentire. Relazioni autentiche e trasformative con bambini difficili nella scuola

ANITA RICETTI

Summary – SURRENDER TO THE FEELING. AUTHENTIC AND TRANSFORMATIVE RELATIONSHIPS WITH CHALLENGING CHILDREN AT SCHOOL. Working with challenging students in schools is becoming a constant in the daily lives of teachers, school psychologists, educational psychologists, and psychotherapists. The rapid transformations underway in fragile and precarious families and the fluidity of society create a sense of intense instability and fragility, producing significant uncertainties and significant phenomena of disorientation and fragmentation that spill over into the school system, leaving professionals with the task of equipping themselves to intervene effectively. Confronting the issue of behavioral and relational challenges as a challenge can be harmful, because it blindly leads us to adopt an attitude that reflects the aggression and violence we wish to extinguish. Even the numerous cognitive-behavioral approaches, practical and temporarily effective, are not enough in the long term. It is not enough to simply act; we must engage within the context, integrate, and become part of the system to transform it. The beginning of change will occur when the teacher, psychologist, or psychotherapist finds themselves confronting their own violent counter-attitude. Working with challenging students, capable of high levels of aggression and constant challenge to adults and their peers, requires the practitioner to reflect themselves in the distorting mirrors of fear, confusion, anger, profound frustration, and a sense of failure. Only after analyzing their own feelings, seeing and accepting the parts of themselves that have faltered in the face of profoundly disturbed students and have been weakened by their interaction with them, will the adult be able to demonstrate their capacity for encouragement and understanding, act as a container for the child's struggles, and engage fully and honestly in the relationship. The story of L., a gifted student, will be presented. He entered his first year of elementary school with a significant history of disturbance and significant behavioral difficulties. He engaged the teachers and therapists in a highly transformative educational and relational task.

Keywords: CHALLENGING STUDENTS, COGNITIVE-BEHAVIORAL INTERVENTIONS, COUNTER-ATTITUDE, RELATIONSHIP

Abstract – ARRENDERSI AL SENTIRE. RELAZIONI AUTENTICHE E TRASFORMATIVE CON BAMBINI DIFFICILI NELLA SCUOLA. Trovarsi a lavorare nella scuola con alunni difficili sta diventando una costante nella quotidianità di insegnanti, psicologi scolastici, psicopedagogisti e psicoterapeuti. Le veloci trasformazioni in atto nelle famiglie, fragili e precarie, e la liquidità della società danno un senso di forte instabilità e friabilità, producono pesanti incertezze e fenomeni significativi di disorientamento e frammentazione che si rovesciano nella scuola e che lasciano agli operatori il compito di attrezzarsi per intervenire con efficacia. Porsi a confronto con il tema delle fatiche nel comportamento e nella relazione in termini di sfida può essere dannoso, perché ci induce ottusamente ad assumere un atteggiamento che

rispecchia l'aggressività e la violenza che desideriamo estinguere. Anche i numerosi approcci cognitivo comportamentali, pratici e temporaneamente efficaci, a lungo termine non bastano. Non è infatti sufficiente agire, è necessario agitarsi nel contesto, integrarsi, diventare un elemento del sistema per trasformarlo. L'inizio del cambiamento avverrà quando l'insegnante, o psicologo, o psicoterapeuta, si troverà a fronteggiare il proprio violento contro-atteggiamento. Lavorare con alunni difficili, capaci di alta aggressività e di porsi in sfida costante con l'adulto e con i compagni, richiede all'operatore di riflettersi negli specchi deformanti della paura, della confusione, della rabbia, della frustrazione profonda, del senso di fallimento. Solo dopo aver analizzato il proprio sentire, viste e accolte le parti di sé che hanno vacillato di fronte agli alunni profondamente disturbati e che si sono indebolite a causa del confronto con loro, l'adulto potrà dimostrarsi capace di incoraggiamento e di comprensione, si porrà come contenitore delle fatiche del bambino e si giocherà totalmente, e in piena sincerità, nella relazione. Verrà presentata la storia di L., alunno plusdotato, giunto al primo anno di scuola primaria con un significativo pregresso disturbante e importanti difficoltà comportamentali. Ha ingaggiato gli insegnanti e i terapeuti in un compito educativo e relazionale altamente trasformativo.

Parole chiave: ALUNNI DIFFICILI, INTERVENTI COGNITIVO-COMPORTAMENTALI, CONTRO-ATTEGGIAMENTO, RELAZIONE

Trovarsi a lavorare nella scuola con alunni difficili [3] è ormai una costante nella quotidianità di insegnanti, psicologi scolastici, psicopedagogisti e psicoterapeuti. Bambini e ragazzi sono inseriti in una rete complessa di contesti multipli. Le rapide trasformazioni in atto nelle famiglie, talvolta fragili e precarie, e la liquidità della società [4] producono pesanti incertezze e fenomeni significativi di disorientamento e frammentazione.

Alfred Adler ci ricorda che il contesto sociale e culturale ha una profonda influenza sullo sviluppo della personalità e dello stile di vita: i sentimenti di inadeguatezza e l'aspirazione alla superiorità sono vissuti e compensati all'interno di un quadro sociale, così come è nei contesti estesi che si struttura la vita affettiva, emotiva e relazionale di ciascuno [1].

Quando bambini e ragazzi giungono a scuola con un bagaglio consistente e fragilmente organizzato di vissuti, le difficoltà si riversano inevitabilmente anche nella scuola, lasciando agli operatori il compito di attrezzarsi per intervenire con efficacia.

Gli esempi sono numerosi...

Parlo dei vari Kevin, Leone, Riccardo, Piotr, Mohammed, nomi ovviamente fittizi ma emblematici di diverse provenienze accomunate dall'arrivare alla scuola primaria con bagagli carichi di difficoltà.

Si tratta di bambini addirittura, a volte, sottratti alla tutela genitoriale, affidati ai servizi sociali, ragazzini potenti e fragilissimi, capaci di gesti violenti dettati da una frustrazione ingestibile. Parliamo di bambini che troppo spesso hanno frequentato la scuola dell'infanzia in modo saltuario; che hanno trascorso nei primi anni la maggior parte del tempo a casa, verosimilmente tra videogiochi e canali YouTube, mangiando merendine o cibi occasionali.

Appartenenti a costellazioni familiari [1] friabili e con fragilità sistemiche, vengono trasferiti nell'ambito del medesimo contesto familiare o da un contesto all'altro, da una casa famiglia a una coppia affidataria, e arrivano alla scuola con una corposa esperienza di relazioni disfunzionali.

L'inserimento nel gruppo dei pari risulta di norma problematico. Classi numerose, estremamente eterogenee, con alunni con riconosciuta certificazione a cui viene attribuito un insegnante di sostegno sempre in carenza di ore: disabilità fisiche e cognitive si innestano in un contesto in cui le fragilità comportamentali sono ormai all'ordine del giorno. Negli ultimi anni abbiamo imparato a distinguere DOP, ADHD, DMDD, ma spesso, nella politica scolastica, non c'è sufficiente attenzione per queste fatiche.

Quando questi bambini diventano, in classe, leader naturali (e spesso capita, poiché accendono le fantasie e favoriscono le proiezioni dei compagni) riescono a mobilitare gran parte del gruppo, ottenendo che i compagni li seguano e boicottino le richieste poste dalle figure adulte.

Dall'altra parte, l'inserimento di questi ragazzini in un contesto scolastico e sociale più ampio potrebbe contribuire allo sviluppo e al superamento di molte difficoltà, guidandoli verso l'inclusione in una comunità sana e verso l'acquisizione di abilità sociali, relazionali e affettive più mature.

Può essere, e a me è accaduto, che a scuola questi bambini si rifiutino anche di lavorare, pasticchino il quaderno, il banco, gli armadi e le pareti. Sovente tagliano fogli, abiti, capelli. Minacciano, anche, con forbici o altro, adulti e bambini. Lanciano oggetti, anche pesanti, verso chi li frustra. Fuggono dall'aula con l'intenzione esplicita di scappare dalla scuola. Picchiano compagni e adulti ogni volta che un desiderio non viene soddisfatto.

Oltre a non partecipare ad alcuna attività, che sia gioco strutturato o ascolto di racconti, interferiscono con il lavoro d'aula alzandosi, intimidendo, disturbando con schiamazzi, parolacce, insulti. Appena dispongono di un ritaglio di carta, disegnano scene cruente tratte da videogiochi, dichiarano di non valere niente, di volersi morti, di non meritare alcunché. Questi sono alcuni esempi...

Anche se questi comportamenti disfunzionali, molto problematici, riflettono probabilmente un tentativo di raggiungere un obiettivo positivo, un fine superiore, come il desiderio di attenzione o affermazione [2], lo sconcerto e il disorientamento degli insegnanti sono profondi.

Per rendere più chiaro ciò che intendo, vi porto la storia di Leone, un bambino che ho incontrato alcuni anni fa, quando arrivò alla scuola primaria in cui allora lavoravo. Leone è un nome fittizio, scelto per evocare l'idea di un bimbo potente, capace di gesti violenti dettati da una frustrazione ingestibile, ma anche dotato di enormi potenzialità. Leone sollecitava lo scontro.

Veniva naturale affrontare le sue fatiche nel comportamento e nella relazione come una sfida, ma accoglierla sarebbe stato dannoso, perché ci avrebbe indotto a replicare l'aggressività e la violenza che desideravamo estinguere. Ci trovammo dunque a gestire non solo un bambino difficile, ma anche a ripensare il nostro modo di vivere e strutturare il contesto.

Fu necessario ricorrere a figure professionali specialistiche, quali psicologi scolastici e neuropsichiatri, per acquisire strumenti di analisi e intervento che consentissero di salvaguardare l'attività scolastica quotidiana e di avvicinarci ai bisogni di Leone. Trovammo utili le tecniche cognitivo-comportamentali.

Cominciammo con l'analisi funzionale, Antecedent Behavior Consequence, cioè con l'osservazione sistematica e dettagliata del comportamento di Leone in relazione agli eventi che precedevano e seguivano le azioni disfunzionali. Ogni comportamento ha un obiettivo: ottenere qualcosa, evitare un compito, esprimere un disagio, stimolare funzioni sensoriali. La domanda guida diventava: cosa si porta a casa questo alunno da ciò che fa? [7].

Raccolte molte informazioni, fu poi il momento di chiedersi come organizzarci e cosa fare, sperimentando diversi interventi, reattivi e proattivi. Tra gli interventi reattivi (estinzione, correzione e ipercorrezione, contenimento anche fisico, punizione/costo della risposta/time out...), l'estinzione, cioè l'indebolimento di una risposta disfunzionale appresa, ci permise di ridurre le fughe dall'aula.

Scoprimmo, attraverso l'analisi funzionale, che Leone fuggiva dall'aula per sottrarsi alla pressione del contesto strutturato e per farsi rincorrere. Piazzammo quindi l'operatrice scolastica, ampiamente collaborativa, in corridoio, consentendo a noi insegnanti di non seguirlo, rassicurate dal sapere che qualcuno vegliava comunque sulla incolumità di Leone. In poche settimane le fughe cessarono [7].

Diedero buoni risultati anche gli interventi proattivi: l'allestimento dell'ambiente, con angoli in aula e in corridoio adattati a specifiche attività, la gestione dei tempi con strutturazione temporale capace di garantire sicurezza e stabilità, pause di decompressione. Fu valido offrire più opzioni di scelta, fornire aiuto, sollecitare metacognizione con domande ad hoc. Si rivelò fondamentale un lungo lavoro d'aula per fissare poche regole semplici e condivise, nate dalla base, utili per gestire la vita sociale dei bambini, sia nei momenti liberi sia durante le attività strutturate.

Provammo una token economy, ci attivammo con coping power e mindfulness, facemmo letture mirate, organizzammo attività teatrali capaci di mobilitare il mondo emotivo/affettivo... ogni intervento venne ampiamente meditato e condiviso [6, 7, 11, 13, 15].

Le tecniche cognitivo-comportamentali ci offrono protocolli preziosi, indispensabili. Non bastano, però. La quotidianità nella scuola insegna che nessun ragazzo si lascia davvero toccare da una griglia di osservazione o da un intervento strutturato, anche se applicato con cura. Nessun bambino "difficile" cambia solo perché l'adulto possiede la tecnica giusta.

Inoltre, anche l'adulto a contatto con un bambino problematico deve fronteggiare profonde sollecitazioni: la consapevolezza di non riuscire ad arrivare a lui con alcun messaggio rassicurante, la sensazione di essere escluso dal suo mondo e disprezzato, smantellano costruzioni e sicurezze personali e disorientano.

L'integrità del proprio sé vacilla di fronte alla fragilità avvertita che mina le certezze costruite. Si arriva a provare un difensivo rifiuto della situazione. Quando poi, in qualità di insegnante, si ha anche il compito di portarsi a casa risultati oggettivi, di garantire ai propri alunni l'acquisizione di competenze misurabili e concrete, si prova anche un fallimento professionale vischioso e denso: come insegnare, quando i propri alunni sono refrattari al contatto e resistenti all'intervento? Eppure, l'inizio del cambiamento avviene quando l'insegnante, lo psicologo o il terapeuta affronta proprio questo violento contro-atteggimento.

Lavorare con alunni che manifestano alta aggressività e sfida costante, richiede all'operatore di riflettersi negli specchi deformanti di paura, confusione, rabbia, frustrazione e senso di fallimento. Solo dopo aver analizzato ed essersi arresi al proprio sentire, accogliendo le parti di sé indebolite dal confronto, l'adulto diventa capace di incoraggiamento e comprensione, si pone come contenitore delle fatiche del bambino e comincia a giocare totalmente, con sincerità, nella relazione.

Ci furono occasioni in cui si produsse questa transizione, momenti in cui la qualità del contatto insegnante/alunno generò tangibili cambiamenti. Uno su tutti: Leone aveva litigato ferocemente con il suo amico del cuore. Entrambi piangevano disperati, dopo essersi messi le mani addosso ed aver evitato il peggio grazie all'intervento degli adulti. Tra le urla, Leone si lamentava di avere ragione. Io avevo assistito agli esordi del litigio e confermai la sua supposizione. Ci guardammo negli occhi. In quello sguardo ci vedemmo reciprocamente. Io afferrai la sua sofferenza, lui colse la mia volontà di esserci. In quell'incontro imperfetto, qualcosa iniziò a cambiare.

Fu evidente che non bastava agire, ma era indispensabile agirsi nel contesto, integrarsi, essere presenza viva, diventare elemento del sistema e starci dentro, con tutta la sofferenza necessaria, per trasformarlo. Ed è proprio in questo punto di confine, tra didattica e vita interiore, che emerge la necessità del profondo lavoro di analisi individuale, necessario all'operatore per diventare efficace nella relazione, capace di accogliere e traghettare alla trasformazione. Ciò che nella scuola può solo essere sfiorato, nello spazio terapeutico può essere accolto e trasformato.

Anche tra protocolli, strategie e interventi ben pianificati, resta chiaro che la vera svolta si realizza solo quando entriamo in relazione con l'altro, ascoltando il suo mondo interiore e accompagnandolo a scoprire nuovi modi di stare con sé e con gli altri. Transfert e controtransfert sono lì - come eco viva della relazione terapeutica - e quando l'umano ci attraversa, si coglie l'accadimento: quella magia reale che si manifesta quando due esseri umani, perfino in aula, si incontrano davvero.

Da quel momento, da quell'evento trasformativo, nessuno è più lo stesso [1, 2].

È il cuore della trasformazione educativa e clinica; non la tecnica, non la norma, ma il riconoscimento reciproco: io ti vedo, e in questo vedere io stesso divento altro. Hillman parlerebbe di anima che chiama anima [10]. Buber parla di un passaggio dall'Io-esso all'Io-Tu. Anche tra i banchi, perfino nel rumore quotidiano, l'Io-Tu si rivela come possibilità di rinascita [5]. Vygotskij lo chiamava "spazio di sviluppo prossimale": quello spazio vivo, fragile e generativo in cui l'altro può finalmente essere e crescere [16].

Csikszentmihalyi parla di "flow": l'esperienza di essere immersi, coinvolti, anche nell'aula più turbolenta, quando il bambino percepisce che l'adulto non lo giudica, ma lo accompagna [8]. Freire ci invita al dialogo come via di liberazione [9]; Montessori all'ascolto profondo del bambino, anche quando appare ostile [14]. Levinas ricorda che ogni volto che incontriamo ci interpella eticamente, chiedendoci una risposta che non possiamo eludere [12].

È in quel momento, quando lasciamo cadere la corazza del ruolo e sostiamo nella vulnerabilità, che qualcosa accade. La relazione autentica è il vero campo di cura. Ma è una strada faticosa: l'adulto deve guardarsi dentro, vedersi allo specchio, cogliere riflessi le proprie deformità, accorgersi del proprio contro-atteggiamento, delle reazioni istintive di fastidio, rabbia, ritiro. Deve avere il coraggio di non irrigidirsi nelle procedure, ma di arrendersi al sentire. Di stare. Di contenere.

Essere vicini a Leone era molto faticoso. Scuoteva le fondamenta. Arrivare con autenticità a lui richiedeva di ascoltare cosa risuonava dentro rispetto ai suoi comportamenti. Quando destabilizzava l'intera classe e si scagliava con aggressività, era necessario tornare su di sé e rimettere insieme i pezzi, guardandoli e accarezzandoli uno per uno.

Per concludere...

La scuola, così, non è solo un luogo di apprendimento. Diventa luogo di rivelazione, di coraggio.

L'insegnante non deve soltanto "gestire" il comportamento, ma lasciarsi toccare, attraversare, fino a riconoscere e accogliere il malessere. È proprio quell'atto di resa - non passiva, ma consapevole, quasi etica, quando l'adulto depone la corazza e "si arrende" all'impatto emotivo - che apre la possibilità di una relazione autentica e trasformativa: è solo da lì che nasce lo spazio nuovo di comunicazione, crescita e cambiamento reciproco.

È il miracolo quotidiano che può nascere anche in un'aula scolastica.

Bibliografia

1. ADLER, A. (1920), *Praxis und Theorie der Individualpsychologie*, tr. it. *Prassi e teoria della psicologia individuale*, Astrolabio, Roma 1967.
2. ADLER, A. (1927), *Menschenkenntnis*, tr. it. *La conoscenza dell'uomo*, Newton Compton, Roma 1994.
3. ADLER, A. (1930), *Die Seele des Schwereerziehbaren*, tr. it. *Il bambino difficile*, Gherardo Casini Editore, Roma 1968.
4. BAUMAN, Z. (2000), *Liquid Modernity*, tr. it. *Modernità liquida*, Laterza, Roma-Bari 2002.
5. BUBER, M. (1923/1993), *Io e Tu*, in *Il principio dialogico e altri saggi*, San Paolo Edizioni, Milano 1993.
6. CICU F., JANKOVIC, E. (2020), *Facciamo finta di... Il teatro a scuola tra corpo e parola*, Pearson Academy, Milano 2020.
7. COOPER, J. O., HERON, T. E., HEWARD, W. L. (2020), *Applied Behavior Analysis*, Pearson Education Limited, London 2020.
8. CSIKSZENTMIHALYI, M. (1990), *Flow: The Psychology of Optimal Experience*, tr. it. *Flow. Psicologia dell'esperienza ottimale*, ROI Edizioni, Milano 2021.
9. FREIRE, P. (1970), *Pedagogia do oprimido*, tr. it. *Pedagogia degli oppressi*, Arnoldo Mondadori Editore, Milano 1971.
10. HILLMAN, J. (1996), *The Soul's Code: In Search of Character and Calling*, tr. it. *Il codice dell'anima. Carattere, vocazione, destino*, Adelphi, Milano 1997.
11. KABAT-ZINN, J. (2021), *Full Catastrophe Living*, tr. it. *Vivere momento per momento... Sconfiggere lo stress, il dolore, l'ansia e la malattia con la mindfulness*, Corbaccio, Milano 2021.
12. LEVINAS, E. (1961), *Totalité et infini. Essai sur l'exteriorité*, tr. it. *Totalità e infinito. Saggio sull'esteriorità*, Jaca Book, Milano 2023.
13. MURATORI, P., POLIDORI, L., RUGLIONI, L., MANFREDI, A., MILONE, A. (2022), *Coping Power: Programma per il controllo di rabbia e aggressività in bambini e adolescenti*, Erickson, Trento. Il programma è basato sul *Coping Power Program* sviluppato da Lochman, Wells e Lenhart (2002), adattato nella versione italiana da Muratori e colleghi (2022).
14. MONTESSORI, M. (1936), *Il segreto dell'infanzia*, Garzanti, Milano 2022.
15. PELLEGRINI, T. (2021), *La token economy. Teoria e applicazioni in età evolutiva*, Hoepli YouCanPrint, Milano 2021.
16. VYGOTSKIJ, L. S. (1934), *Myšlenie i reč'*, tr. it. *Pensiero e linguaggio*, Laterza, Roma-Bari 1992.

La narrazione di sé nell'era del multitasking: adattamenti neuroplastici e riflessioni per la pratica clinica

CESARE RINALDINI

Summary – SELF-NARRATION IN THE ERA OF MULTITASKING: NEUROPLASTIC ADAPTATIONS AND REFLECTIONS ON CLINICAL PRACTICE. The increasing exposure of children and young people to simultaneous stimuli is producing significant neuroplastic changes, reshaping the cognitive and attentional functioning of new generations. Neuroscientific evidence indicates that multitasking and hyperconnectivity are associated with alterations in attentional and memory processes, leading to a reorganization of cognitive strategies toward faster, more flexible modes that rely on external access to information. This scenario poses new challenges for psychotherapeutic practice, which is increasingly confronted with difficulties in sustained attention and attentional continuity. The article offers clinical reflections, with particular reference to the Adlerian psychodynamic approach, on ways of engaging within the therapeutic setting, on therapeutic goals, and on the therapeutic relationship, exploring how these neuroplastic transformations can be recognized and integrated to maintain the effectiveness of clinical intervention.

Keywords: DIGITAL MULTITASKING, SYMBOLIZATION, PSYCHODYNAMIC PSYCHOTHERAPY, FRAGMENTED ATTENTION, NEUROPLASTICITY

Abstract – LA NARRAZIONE DI SÉ NELL'ERA DEL MULTITASKING: ADATTAMENTI NEUROPLASTICI E RIFLESSIONI PER LA PRATICA CLINICA. La crescente esposizione di bambini e giovani a stimoli simultanei sta producendo significative modificazioni neuroplastiche, ridefinendo le modalità di funzionamento cognitivo e attentivo delle nuove generazioni. Le ricerche neuroscientifiche indicano che il multitasking e l'iperconnessione sono associati a cambiamenti nei processi attentivi e mnestici, con una progressiva riorganizzazione delle strategie cognitive a favore di modalità più rapide, flessibili e orientate all'accesso esterno alle informazioni. Questo scenario pone sfide rilevanti per la pratica psicoterapeutica, chiamata a confrontarsi con pazienti che mostrano crescenti difficoltà di focalizzazione e continuità attentiva. L'articolo propone una riflessione clinica, in particolare, in riferimento all'approccio psicodinamico adleriano, sulle modalità di stare in seduta, sugli obiettivi terapeutici e sulla relazione terapeutica, esplorando come le trasformazioni neuroplastiche possano essere riconosciute e integrate per mantenere l'efficacia dell'intervento clinico.

Parole chiave: MULTITASKING DIGITALE, SIMBOLIZZAZIONE, PSICOTERAPIA PSICODINAMICA, ATTENZIONE FRAMMENTATA, NEUROPLASTICITÀ

*“Non c'è assolutamente nessuna inevitabilità
finché c'è la volontà di contemplare ciò
che sta accadendo”.*
(H. Marshall McLuhan)

Premessa

L'idea di questo lavoro nasce dall'osservazione clinica di questi ultimi anni e dal confronto con colleghi che lavorano in diversi campi della clinica e del mondo socio-educativo e scolastico, dove si osservano con chiarezza alcuni segnali relativi al mutamento nel modo di prestare attenzione, di utilizzare la memoria e di elaborare gli stimoli.

Le situazioni cliniche e sociali in osservazione che meritano di essere evidenziate e che più mi hanno colpito e coinvolto nell'attività professionale sono:

- una difficoltà crescente delle persone nel concentrarsi e prestare attenzione in tutti i contesti clinici, relazionali e nei compiti vitali allargati;
- fluttuazione attentiva particolarmente osservabile nei bambini. Vi è stretta concordanza tra colleghi terapeuti, insegnanti e genitori nell'osservare situazioni crescenti di distrazione. In diversi contesti relazionali i bambini mostrano maggiore necessità di variazione dei compiti, bisogno di movimento fisico, difficoltà a mantenere la continuità narrativa, anche nel gioco o nel racconto;
- giovani pazienti che mostrano sempre più la necessità di tenere in mano, o esposto vicino a sé il telefono, e talvolta sono spinti a guardarlo durante la seduta;
- interruzione dei flussi emotivi e narrativi prodotti dalle notifiche dello smartwatch o del telefono durante i colloqui clinici.
- pazienti adolescenti o giovani adulti con difficoltà a stare sul pensiero, sul vuoto, che chiedono durante un dialogo clinico di poter consultare le storie di Instagram o l'archivio di foto sullo smartphone per recuperare ricordi e momenti della loro vita trascorsa;
- incremento della fatica a tollerare il silenzio o i tempi di condivisione non verbale; una difficoltà strutturale a fermarsi e sostare nel vissuto emotivo;
- progressiva ricerca e richiesta al terapeuta di soluzioni rapide e immediate, piuttosto che la disponibilità a riflettere e pensare al problema o al disagio vissuto;
- la tendenza a scorrere le questioni senza approfondirle, come si fa con i feed digitali;
- adolescenti e adulti che entrano in studio con lo sguardo sul telefono e all'uscita tornano immediatamente a usarlo, senza vivere momenti anche brevi di rielaborazione dei vissuti e dei pensieri della seduta;
- infine, noi professionisti socio-sanitari che durante supervisioni o incontri, tendiamo verso la necessità di controllare la presenza di messaggi o mail nel telefono personale.

Anche nell'area delle dipendenze patologiche emerge un incremento di situazioni cliniche in cui l'uso di sostanze stupefacenti (e rilassanti) sembra mostrare una modalità di utilizzo sempre più orientata verso il tentativo di regolare un eccesso di stimolazione, piuttosto che la ricerca dell'effetto psicoattivo classico.

In questo quadro si osserva come il consumo di cannabis diventi sempre più frequentemente uno strumento per “staccare”, per spegnere l'attività mentale incessante; soprattutto la sera dove emerge un bisogno di autoregolazione emotiva e/o di accompagnamento al sonno, così come il cannabidiolo (cbd), assunto per rallentare il flusso ideativo e favorire il rilassamento.

Allo stesso modo, l'uso di cocaina, paradossalmente, perde progressivamente la sua funzione di esaltare la grandiosità, orientandosi verso un bisogno di focalizzazione dell'attenzione: cercare concentrazione e fermarsi su un unico stimolo. Sembra che l'apparato psichico, sottoposto a continue sollecitazioni, cerchi di ripristinare un equilibrio soddisfacente tra l'eccesso e il vuoto.

Questi cambiamenti, osservabili sia in ambito clinico che nelle dimensioni sociali, hanno sollecitato la necessità di un approfondimento rispetto al fenomeno del “multitasking digitale”, definito come una modalità di funzionamento caratterizzata dall'alternanza rapida e dalla compresenza di più attività cognitive e flussi informativi digitali, che sollecita un'elaborazione simultanea e discontinua degli stimoli.

Internet e i dispositivi digitali, soprattutto gli smartphone, hanno avuto un impatto significativo sul cervello umano anche in un tempo relativamente breve, e la società contemporanea già da alcuni anni espone bambini, adolescenti e giovani adulti a un sovraccarico di stimoli simultanei senza precedenti. L'iperconnessione e l'esposizione continua a flussi informativi moltiplicano le sollecitazioni cognitive, generando adattamenti neuroplastici che stanno ridefinendo il funzionamento del cervello umano.

I. Studi recenti

Le ricerche neuroscientifiche mostrano che il cervello sviluppa risposte di adattamento funzionale a un ambiente digitale caratterizzato da stimoli rapidi e diversificati. Tali modificazioni neuroplastiche indotte dall'ambiente digitale sono già osservabili precocemente, nei soggetti più piccoli, grazie all'elevata plasticità neuronale.

Studi di neuroimaging [1] hanno evidenziato come un maggiore uso di dispositivi digitali in età prescolare sia associato a una ridotta integrità microstrutturale della sostanza bianca cerebrale, in particolare nelle aree coinvolte nel linguaggio e nei processi di pre-alfabetizzazione, con punteggi inferiori nelle competenze linguistiche emergenti di lettura, e quindi con inevitabili ricadute negative sulle abilità cognitive classiche.

Il nostro cervello si sta progressivamente riorganizzando per adattarsi alle caratteristiche del contesto in cui vive, e tali cambiamenti cerebrali prodotti dal multitasking nei bambini di oggi e negli adulti di domani, ci portano a riflettere su come l'intervento psicoterapeutico possa e debba ridefinirsi. La riflessione principale riguarda il modo in cui i cambiamenti della struttura cerebrale e dei processi mentali, indotti dal multitasking digitale e dall'ambiente iperconnesso, possano modificare il nostro modo di vivere e attribuire significato all'esperienza.

Studi recenti sottolineano che la ricerca sugli effetti dei media digitali sullo sviluppo cerebrale è ancora in fase iniziale, con risultati talvolta contraddittori, tuttavia, emergono dati coerenti: chi utilizza più dispositivi digitali contemporaneamente mostra maggiore difficoltà nel filtrare distrazioni e nel mantenere l'attenzione prolungata. Già da tempo il multitasking aveva rivelato la tendenza a favorire un'elaborazione più superficiale e meno stabile delle informazioni, con ripercussioni sul consolidamento mnestico [2].

Questa trasformazione sta modificando le modalità del contatto relazionale, aumentando la vulnerabilità alle distrazioni e riducendo la capacità di mantenere un'attenzione focalizzata. Per contro, il multitasking abitua anche a integrare simultaneamente informazioni eterogenee. Alcuni studi recenti osservano come questa maggiore volatilità informativa tra contenuti diversi possa incrementare le competenze di pensiero laterale e la creatività [3].

Se già nei bambini piccoli vediamo conseguenze neurobiologiche dell'uso della tecnologia digitale, allora nella pratica clinica con adolescenti e giovani adulti dobbiamo aspettarci nel futuro prossimo, pazienti che arrivano in terapia con un cervello strutturalmente modellato dall'esperienza digitale.

Questo nuovo paradigma, a mio avviso non arrestabile, rafforza la necessità di ripensare il setting terapeutico.

Tra le aree principali influenzate dal multitasking e strettamente correlate ai trattamenti psicoterapeutici meritano particolare attenzione: il progressivo spostamento verso una frammentazione dell'attenzione, a discapito di quella sostenuta; le rapide modificazioni nell'utilizzo della memoria di lavoro e le modalità di recupero mnestico, che mostrano traiettorie significative dalla memoria interna a forme di memoria esternalizzata. Infine, risulta centrale interrogarsi su come stia evolvendo il processo di integrazione tra vissuto emotivo e rappresentazione interna.

II. *Frammentazione dell'attenzione*

Come ampiamente evidenziato da differenti studi "Il flusso costante di informazioni online favorisce la frammentazione dell'attenzione su molteplici fonti mediatriche a scapito della concentrazione sostenuta" [4].

Il fenomeno del multitasking digitale sembra infatti modificare anche la nostra concentrazione, spostandola orizzontalmente su più stimoli. Il cervello tende infatti a focalizzarsi su ciò che è nuovo, ignorando ciò che è già noto o ripetitivo, con un impatto sul modo in cui memorizziamo e interagiamo con gli altri. La capacità di restare concentrati a lungo su un singolo compito o pensiero si riduce. L'attenzione tende a frammentarsi e a inseguire continuamente nuovi stimoli online.

Recenti studi dimostrano una riduzione della densità di sostanza grigia nella corteccia cingolata anteriore, area implicata nei processi di controllo attentivo e cognitivo, associata a peggiori performance di controllo cognitivo nei soggetti con elevato multitasking mediatico [5].

Su tali basi, l'attenzione sostenuta richiede oggi un maggiore impegno metabolico e cognitivo, rendendo necessario un elevato livello di motivazione e coinvolgimento per contrastare la tendenza verso la dispersione del focus attentivo.

Ulteriori ricerche hanno infatti confermato una riduzione significativa della capacità attentiva sostenuta in soggetti che utilizzano più media in parallelo [6] e che il multitasking mediatico negli adolescenti predice un incremento dei problemi di attenzione [7].

È come se la mente non sospendesse il controllo per favorire l'emergere del senso, ma fosse trascinata in una sequenza di interruzioni che scompongono la continuità dell'esperienza, riducendo la fluttuazione attentiva a una reattività immediata agli stimoli esterni.

A tal proposito, diviene importante operare una distinzione: nella terapia classica, a partire dalla psicoanalisi, l'attenzione fluttuante, *“che consiste semplicemente nel non voler prender nota di nulla in particolare e nel porgere a tutto ciò che ci capita di ascoltare la medesima attenzione fluttuante”* [8] rappresenta un'apertura al pensiero inconscio, libero di fluire, tipica del processo associativo in analisi.

Diversamente, nell'era del multitasking, l'attenzione frammentata non costituisce più uno spazio di elaborazione, ma una modalità di dispersione. In questo caso, la discontinuità non si configura come apertura all'inconscio, ma rischia di trasformarsi in un flusso interrotto di stimoli competitivi, che frantuma la continuità dell'esperienza a scapito della possibilità di elaborazione interna e di costruzione di senso.

III. Modificazioni della memoria di lavoro e recupero mnestico

Con l'escalation nello sviluppo e nell'utilizzo dei depositi digitali virtuali, la memoria tradizionale viene progressivamente affiancata da competenze metacognitive orientate alla capacità di localizzare e recuperare informazioni esterne, depositate nel cloud digitale.

Si parla infatti di “memoria transattiva”, riferendoci alla delega di porzioni crescenti delle nostre informazioni e ricordi a dispositivi esterni o anche risorse digitali, come se il web fosse una sorta di memoria collettiva condivisa [9].

La letteratura recente indica che *“la memoria semantica possa essere influenzata negativamente dall'aspettativa che le informazioni vengano salvate e disponibili per un riferimento futuro, indipendentemente dal fatto che si preveda o meno che tali informazioni saranno necessarie o verificate in futuro”* [10]. Di conseguenza, si osserva che la possibilità di archiviare contenuti nel cloud digitale diminuisce il coinvolgimento mentale nei confronti dello stimolo, determinando, al momento della ricezione, un abbassamento dell'intensità della codifica emotiva e simbolica.

Inoltre, lo stesso studio evidenzia come le persone tendano a ricordare il tipo di informazioni che Internet contiene e come accedervi tramite i nostri dispositivi, piuttosto che le informazioni stesse. Tale spostamento potrebbe rivelarsi un'abilità necessaria per contrastare il bombardamento costante di informazioni da varie fonti online.

In sostanza, si osserva un probabile aumento del distanziamento emotivo dallo stimolo, in linea con il fenomeno noto come “effetto Google” o amnesia digitale [11], correlato alla sopracitata tendenza a non consolidare informazioni, quando si sa di poterle reperire facilmente online.

Questo processo sembra introdurre una nuova dinamica narrativa, in cui il racconto di sé si costruisce integrando tracce mnestiche interne unitamente a risorse digitali esterne. Il ricorso abituale al sapere esterno può così indebolire i processi di interiorizzazione mnestica, modificando le modalità di conservazione di tracce interne stabili delle esperienze vissute. Ne può derivare una maggiore difficoltà nell'accesso ai contenuti inconsci, e di riflesso, nella simbolizzazione del disagio e nella sua possibilità trasformativa.

Questo cambiamento del modo di conservare le esperienze apre la questione di come, oggi, i vissuti possano essere integrati attraverso i processi di mentalizzazione e di rappresentazione emotiva: aspetto che richiede ulteriori approfondimenti.

IV. *Integrazione tra vissuto e rappresentazione*

Quando l'integrazione tra affetto ed emozione funziona, ciò che viene esperito può essere mentalizzato; quando invece l'esperienza emotiva non può essere pensata, essa resta grezza e non rappresentabile. In questa prospettiva, l'obiettivo clinico non riguarda tanto l'analisi dei contenuti quanto lo sviluppo dell'apparato per pensare i pensieri, così come descritto da Wilfred Bion attraverso la metafora dell'apparato digestivo, successivamente ripresa da A. Ferro [12].

Come stiamo osservando oggi, le modificazioni associate al multitasking possono favorire il rischio che l'esperienza vissuta resti 'non digerita', con le conseguenze sintomatologiche note e sempre più frequentemente riscontrabili, soprattutto in età evolutiva.

Il mondo virtuale produce un flusso continuo di stimoli: la mente passa da uno all'altro senza il tempo necessario per l'ascolto interno ed i pazienti tendono sempre più frequentemente a cercare soluzioni rapide, allontanandosi dai conflitti interni, verso la semplificazione del significato del disagio (sto male, sono stressato, ho l'ansia, mi annoio, ecc.) senza la spinta ad esplorarlo nel suo significato profondo e simbolico. Questa difficoltà a sostare nell'esperienza emotiva trova un riscontro, seppur su un piano diverso, nelle ricerche che indagano come il "medium" modifichi la qualità del vissuto.

Alcuni ricercatori, studiando le risposte osservabili sul piano comportamentale e su quello dell'attivazione corporea profonda, pre-riflessiva ed emotiva, alla fruizione di opere d'arte reali e digitali, mostrano come l'esposizione diretta all'opera generi pattern di attivazione più intensi e coerenti, mentre la fruizione mediata dal digitale si associa ad una ridotta partecipazione corporea e a un'elaborazione più rapida e meno integrata [13].

Pur riferendosi a un ambito differente, tali risultati suggeriscono che la mediazione tecnologica possa favorire modalità di esperienza più immediate e meno profondamente elaborate, in parte analoghe a quelle osservabili nei pazienti caratterizzati da un funzionamento attentivo frammentato e da un maggiore ricorso a processi mnestici esternalizzati.

V. Sfida per la psicoterapia contemporanea

Quale funzione deve assumere la psicoterapia oggi, in vista dei mutamenti di domani? Viviamo in un tempo in cui rapidità, connessione continua e discontinuità attentiva sembrano essere diventate le nuove coordinate dell'esperienza soggettiva. Bambini, adolescenti e giovani adulti crescono immersi in ambienti digitali che promuovono il multitasking, la memoria esternalizzata e una produzione mentale rapida, certamente creativa, ma spesso superficiale e meno orientata alla profondità.

La psicoterapia psicodinamica si confronta oggi con una sfida cruciale: come restare fedele alla propria ambizione trasformativa, fondata sull'ascolto del mondo interno, senza risultare obsoleta o inefficace. L'intervento terapeutico è così chiamato a interrogarsi se configurarsi come luogo di decompressione dall'eccesso di stimolazione, come spazio di adattamento alle nuove modalità di funzionamento mentale, accorciando i tempi e lavorando su stimoli brevi e frammentati, oppure come luogo in cui preservare l'elaborazione interna dei vissuti, il rallentamento percettivo e l'accesso al simbolico.

A partire da questo quadro, supportato da evidenze sulle modificazioni della struttura cerebrale, è possibile esplorare, in chiave ipotetica, tre differenti direttrici di intervento.

VI. *Direttrice classica*

La psicoterapia contemporanea, pur dovendo confrontarsi con i nuovi funzionamenti mentali, non dovrebbe rinunciare alla propria funzione originaria: restituire continuità, profondità e significato all'esperienza soggettiva, favorendo l'incontro con il mondo interno in uno spazio intersoggettivo protetto.

Se già nei bambini piccoli si osservano modificazioni cerebrali associate a un'esposizione precoce e intensa agli ambienti digitali, nella pratica clinica dobbiamo aspettarci adolescenti e giovani adulti che giungono in terapia con un cervello strutturalmente modellato dall'interazione digitale. In questa direttrice, l'incontro terapeutico assume una funzione di resistenza e di contro-movimento rispetto ai mutamenti in atto, riattivando un flusso centripeto dell'esperienza psichica capace di raccogliere e trattenere il vissuto emotivo.

Su questa lettura la psicoterapia può e deve fungere da luogo in cui si riapprende a sostare, dove si rieduca l'attenzione profonda e la capacità di lettura simbolica. Può continuare a proporsi come un contesto in cui non ci si accontenta delle parti "in grassetto" dell'esperienza, ma si prova a rileggere tutto il testo, mantenendo il contatto con la capacità di stare, ascoltare, sentire e costruire significato interiore.

In questa direttrice, diviene prioritario tutelare lo spazio della terapia come luogo in cui dare voce alla memoria emotiva, all'attenzione incarnata e alla narrazione interna del paziente, così come essa prende forma nella dinamica relazionale della coppia terapeutica, nell'incontro tra due stili di vita immersi nello scambio intersoggettivo. Il rischio, altrimenti, è quello di assistere a una progressiva sostituzione del modello psicodinamico con approcci prêt-à-porter, centrati sul sintomo e sul funzionamento, capaci di offrire risposte rapide ma prive di profondità trasformativa.

Come sottolinea M. Benasayag [14] nel suo lavoro sull'impatto dei dispositivi algoritmici contemporanei, l'essere umano è sempre meno pensato come soggetto e sempre più come insieme di funzioni da ottimizzare; non gli si chiede di essere, ma di rispondere correttamente a una serie di richieste operative.

In questo senso, la psicoterapia psicodinamica rivendica il proprio valore specifico come spazio in cui il soggetto non è chiamato a performare, ma a pensarsi: un esercizio di neuroplasticità inversa orientato non all'adeguamento al nuovo paradigma, ma alla riattivazione, nel tempo e nella relazione, dell'attenzione sostenuta, della memoria di lavoro interna e dei processi di rappresentazione affettiva interiorizzata.

VII. *Direttrice adattiva*

Immaginiamo allora un modello differente: di fronte a trasformazioni così radicali dei processi mentali, in un'epoca che privilegia l'adattamento rapido, perché continuare a sostenere un impianto terapeutico che richiede tempo, fatica, attesa e profondità? La questione non è tanto se il modello tradizionale sia superato ma quanto sia ancora necessario.

Se questo è lo scenario che si delinea, ha davvero senso parlare di una difesa della tradizione terapeutica, o non è piuttosto necessario interrogarsi sulla funzione attuale della terapia del profondo all'interno dei processi di trasformazione in corso?

Disponiamo ormai di diverse evidenze che indicano come il cervello stia già imboccando un'altra direzione: un'organizzazione che appare più efficiente in termini di dispendio energetico e maggiormente sincronizzata con un mondo iperconnesso.

Perché allora, non lasciarci semplicemente guidare da questa tendenza; come se la cosiddetta evoluzione consistesse proprio in un progressivo alleggerimento dell'esperienza interiore, fino a vivere il contatto con la profondità psichica non come una risorsa, ma come un peso superfluo, una zavorra, qualcosa da cui emanciparsi per funzionare meglio, in modo più rapido e adattivo e come se il cervello, esposto da anni a stimoli simultanei, stesse davvero imparando a funzionare con maggiore efficienza, più rapido nel passare da un compito all'altro, più capace di riconoscere schemi, di integrare informazioni diversificate ed emozioni in tempo reale.

L'indagine scientifica ci pone di fronte a domande che non possono essere eluse: È opportuno infatti abbandonare una lettura giudicante per assumere una prospettiva adattiva, riconoscendo che il cervello, anche nei contesti contemporanei, continua a fare ciò che gli è proprio: adattarsi all'ambiente per ottimizzare le proprie risorse.

La riflessione sull'atteggiamento terapeutico, e più in generale sui cambiamenti in atto nei modelli di funzionamento mentale, è maturata anche a partire dal confronto clinico e teorico con la dott.ssa M. Ardizzi (Ricercatrice, Unità di Neuroscienze, Università di Parma). All'interno di questo dialogo è emersa una questione che appare centrale e che apre uno scenario rilevante nell'ipotesi qui esplorata: *«Se nel futuro - per non dire già oggi - il flusso di informazioni e le nostre mansioni intellettuali ci richiederanno sempre meno uno sforzo prolungato e sempre più una capacità integrativa e creativa, che senso avrebbe mantenere un assetto focalizzato?»* [3].

In questo senso, la domanda funge da stimolo riflessivo, permettendo di esplorare l'ipotesi che un diverso assetto mentale e terapeutico possa risultare coerente e funzionale ai nuovi scenari di adattamento che il multitasking e l'introduzione dell'intelligenza artificiale stanno progressivamente configurando.

Forse la mente si sta evolvendo condizionata dal ritmo del mondo digitale, diventando più abile nel gestire il sovraccarico e nel delegare la memoria a sistemi esterni, liberando risorse per la creatività orizzontale e associativa; forse siamo dinnanzi ad una mente più veloce, meno contemplativa, ma non necessariamente meno produttiva e più povera.

In sintesi, mantenendoci nell'ipotesi della direttrice adattiva, possiamo chiederci se questa sia davvero la traiettoria verso cui stiamo andando: un assetto mentale più rapido e iperconnesso, in cui la profondità non viene eliminata ma riorganizzata in forme nuove, compatibili con le trasformazioni in atto. Anche qualora questa traiettoria evolutiva si consolidasse, resta tuttavia aperta la questione se velocità e multitasking, pur rispondendo in modo funzionale alle richieste dell'ambiente, siano sufficienti a soddisfare i bisogni profondi dell'essere umano.

VIII. *Il punto di vista adleriano*

Poiché l'approccio adleriano ha da sempre attribuito un ruolo fondamentale all'ambiente come contesto in cui si forma e si esprime lo stile di vita, la terapia psicodinamica non può esimersi dal confrontarsi con l'ambiente digitale, che oggi rappresenta uno dei principali scenari evolutivi, relazionali e simbolici dell'individuo.

L'ambiente adleriano non è mai neutro: è lo spazio entro cui l'individuo e i gruppi si costruiscono, evolvono e strutturano le proprie finzioni, i propri progetti e il proprio modo di relazionarsi a sé, agli altri e al mondo.

Oggi questo spazio si estende ai mondi virtuali, ai social network e alle interazioni mediate dagli schermi, in una modalità di multitasking. Ignorare l'ambiente digitale significherebbe trascurare una parte centrale del contesto adattivo contemporaneo. Inoltre, come proponeva Adler, *«noi vediamo come si debba guardare all'intero contesto sociale di fatti che studiamo, dobbiamo guardare all'ambiente sociale allo scopo di comprendere la particolare "meta di superiorità" che l'individuo sceglie, dobbiamo guardare anche la situazione sociale allo scopo di poter comprendere un particolare disadattamento»* [15].

In questo senso, la seconda direttrice che abbiamo esplorato può dirsi compiuta. Abbiamo immaginato uno scenario in cui i nuovi assetti mentali e relazionali, più rapidi, frammentati e sincronizzati con l'ambiente digitale non vengono contrastati ma assunti come nuova traiettoria e in certa misura, funzionali al nuovo contesto sociale in via di sviluppo.

È a partire da questa ipotesi che si apre un ulteriore passaggio: quello della funzione clinica della psicoterapia come possibile spazio di mediazione tra i nuovi assetti multitasking e i processi di simbolizzazione dell'esperienza.

IX. *Direttrice integrativa: psicoterapia della mediazione*

Assumendo i mutamenti in corso come oggetto di ricerca clinica, la psicoterapia psicodinamica è oggi chiamata a integrare i nuovi assetti neurocognitivi, più rapidi e adattivi, con il bisogno di riflessione e simbolizzazione, affinché il cambiamento ambientale non si traduca in scissione, ma in una trasformazione evolutiva dell'esperienza psichica e relazionale.

In questo nuovo scenario, segnato da una profonda trasformazione dei contesti relazionali e simbolici, *“lo studio di tali complesse e variabilissime situazioni richiede un orientamento interpretativo sociopsicologico, capace d'inserire i dinamismi di ogni uomo nella visione più ampia dei rapporti interpersonali e collettivi, il che proprio la psicologia adleriana si prospetta per assunto”* [16].

Come avviene nell'ambito familiare dove il genitore diviene l'arbitro della difficile partita tra il reale ed il virtuale ed un'educazione graduale al digitale permette ai nuovi giovani di affacciarsi verso le fasi trasformative dell'identità, allo stesso modo il clinico diventa il custode di questo processo, chiamato a modulare l'intervento terapeutico, riconoscendo i cambiamenti neuroplastici in corso e trasformandoli in risorse per il lavoro clinico.

«La tecnologia dev'essere usata per aiutarci a scoprire la nostra vera natura, non per imprigionarci ulteriormente in un mondo virtuale senza significato... Solo quando capiremo veramente che siamo noi i responsabili delle nostre esperienze e che la scelta tra queste opzioni è solo nostra, potremo allora iniziare a conoscere veramente noi stessi e il mondo» [17].

Nella pratica clinica, ciò richiede una modulazione del setting che tenga conto dei mutamenti in atto e che, al contempo, introduca spazi di decompressione anche brevi ma emotivamente densi. L'utilizzo rinnovato di strumenti familiari alle giovani generazioni (video, immagini, storie e linguaggi digitali) può così diventare una via di accesso ai processi inconsci, consentendo ai pazienti di riavvicinarsi al proprio mondo interno non come ad un macigno, ma come a una risorsa vitale di autonomia; luogo di organizzazione dell'esperienza e del senso di sé.

In questa prospettiva, le acquisizioni delle neuroscienze affettive offrono un importante supporto teorico: come mostra J. Panksepp, l'inconscio affettivo continua ad agire in profondità attraverso i sistemi emozionali primari, che regolano emozioni e motivazioni di base [18]; i sette sistemi emozionali primari restano infatti attivi e plasmano la vita mentale anche in contesti profondamente mutati, anche quando la coscienza razionale e gli assetti tecnologici si trasformano.

Il terapeuta può alternare momenti di riflessione profonda a momenti di attivazione, può tradurre il flusso mentale rapido in contenuto simbolico, può usare il linguaggio visivo e narrativo per accedere all'inconscio, senza rinunciare alla profondità.

Tale difesa dell'interiorità non segue una dinamica nostalgica, ma si configura come un accompagnamento progressivo nella costruzione di strumenti volti a contrastare la perdita di continuità del Sé, all'interno di un contesto terapeutico intersoggettivo. Rappresenta la possibilità di offrire uno spazio in cui questo cambiamento epocale possa essere integrato e armonizzato, piuttosto che subito passivamente: una riappropriazione interna di ciò che la cultura digitale rischia di frammentare ed esternalizzare.

Gli accorgimenti terapeutici per affrontare in modo proficuo e integrato questo paradigma in trasformazione possono essere molteplici. In primo luogo, è essenziale rallentare il flusso di iperstimolazione: è nello spazio della lentezza che il pensiero torna a incontrare l'esperienza e il Sé può ritrovare una coerenza narrativa e affettiva.

Offrire al paziente un'esperienza di decelerazione consente di contrastare la frammentazione a cui la mente, sempre più abituata a funzionare per immagini rapide, flash e frammenti, è esposta. *“La mente analitica ha bisogno di sostare nell'esperienza, di rallentare il tempo per poterla trasformare in pensiero”* [19].

Il rallentamento non svolge quindi solo una funzione compensativa, ma si configura come un'esperienza emotivo-correttiva che consente al soggetto di riappropriarsi del tempo interno come spazio di esperienza e di rielaborazione.

Tale atteggiamento terapeutico richiede particolare cautela, poiché il rischio di interruzione del trattamento da parte del paziente risulta elevato. Nel contesto dell'iperstimolazione digitale, diversi ricercatori hanno evidenziato come l'attenzione tenda a configurarsi come più reattiva e orientata alla salienza, intesa nel dare la priorità attentiva attribuita a stimoli ad elevata rilevanza emotiva e motivazionale, con una conseguente riduzione della continuità e della profondità dei processi elaborativi volontari [2, 20].

Siamo di fronte a una vera e propria estetizzazione dell'attenzione: un fenomeno sostenuto dalla dipendenza corticale (*cortical addiction*) che scaturisce dall'adattamento incalzante del cervello a stimoli sempre più rapidi e frammentati. In tale assetto, al calo della stimolazione è plausibile osservare una diminuzione dell'attenzione, accompagnata da un aumento della sensazione di noia e disinteresse.

Questo fenomeno risulta così correlabile alla qualità, più o meno efficace, della relazione tra paziente e terapeuta e al conseguente rischio di abbandono della terapia.

Alla luce di tali considerazioni, diviene quindi fondamentale modulare il lavoro di accesso al profondo, permettendo che la discontinuità dell'esperienza, anziché essere solo contenuta, diventi materiale di elaborazione e di comprensione dei vissuti inconsci e relazionali.

Nelle fasi iniziali del trattamento appare appropriato promuovere una funzione di contenimento e di rallentamento progressivo, capace di offrire al paziente una base sufficientemente stabile su cui poter pensare. In un contesto dominato dalla stimolazione permanente, il lavoro sulla tolleranza della solitudine e del vuoto assume un significato terapeutico centrale, favorendo la capacità di restare senza appigli esterni, modulando i ritmi percettivi attraverso pause, riflessioni e silenzi.

Nelle fasi successive diventa invece possibile procedere verso un lavoro più esplicitamente analitico, che accompagni il paziente nel ricomporre la propria esperienza interna e nel riattivare le funzioni simboliche, modificate dall'incremento esponenziale della stimolazione sensoriale.

In situazioni particolari, può essere utile riprendere brevemente ciò che è emerso nella seduta precedente e di intervenire sulla memoria esternalizzata, invitando il paziente a rimanere sul contenuto interno senza ricercare conferme o informazioni mancanti tramite ausili esterni (ad esempio storie social o fotografie archiviate).

Si configura quindi come un lavoro di riappropriazione cognitiva e affettiva, in cui il soggetto torna a "possedere internamente" le proprie rappresentazioni anziché delegarle a un archivio digitale, favorendo un progressivo recupero del vissuto originario, attraverso il collegamento tra episodi, emozioni, memorie e immagini interne, nell'attesa che l'ignoto si sveli.

Più che mai oggi diviene essenziale la messa in atto del Sé creativo del terapeuta, capace di orientare in modo efficace l'aggancio terapeutico. Molti pazienti arrivano in terapia con una richiesta implicita: «mi aiuti a tornare a funzionare, a non sentire più il disagio che mi destabilizza»; spesso, però, proprio quel disagio rappresenta il segnale che qualcosa si sta muovendo e che la consapevolezza interiore sta crescendo verso la necessità di un incontro autentico con l'altro.

Sul piano relazionale, il multitasking può incidere in modo significativo sullo sviluppo del sentimento sociale; la frammentazione dell'attenzione può ridurre la disponibilità empatica indebolendo così la capacità di percepire l'altro nella sua individualità e nella continuità del legame.

Affinare un contatto empatico adeguato rappresenta la sfida centrale della coppia terapeutica: riuscire a stabilire una relazione autentica in un contesto di attenzione frammentata e discontinua è ormai una competenza fondamentale del lavoro clinico.

Proprio questa difficoltà rende evidente il rischio di una cultura, anche psicoterapica, che tende a concentrarsi prevalentemente sull'efficienza e sul funzionamento del paziente nel mondo, trascurando il percorso di crescita e trasformazione dell'individuo.

L'obiettivo è che il paziente possa vivere il momento della terapia come un tempo significativo, orientato all'ascolto del mondo interno e alla comprensione dei dinamismi del proprio stile di vita, tenendo conto dell'esposizione prolungata all'iperstimolazione. Il percorso clinico si concentra sulle disarmonie personali, sostenendo la ripresa della continuità narrativa e del senso evolutivo dell'esperienza.

In concreto, intervenire psicoterapeuticamente in un presente segnato da attenzione frammentata, memoria esternalizzata e elaborazione interiore semplificata significa ripensare il setting, il linguaggio, gli obiettivi della terapia e le tecniche terapeutiche, per renderli compatibili con il modo in cui le persone oggi vivono, pensano e sentono, senza però rinunciare alla profondità del lavoro psicodinamico.

In questo quadro la seduta può diventare il luogo in cui ricostruire la continuità dell'esperienza; in questo spazio condiviso, il terapeuta favorisce uno scambio aperto sul senso del malessere del paziente: che senso ha per lei questo malessere che vive? cosa le sta dicendo, secondo lei? accompagnandolo progressivamente verso un linguaggio più simbolico e metaforico.

Il setting assume così la funzione di un holding attento, offrendo uno spazio protetto e libero dalle interferenze digitali, che consente al paziente di mantenere il contatto con le proprie risonanze interne. Questa impostazione orienta gradualmente il lavoro verso un'esperienza trasformativa, permettendo al paziente di ritrovare interesse nel riprendere i fili della propria vita, rivedendo insieme al terapeuta i diversi aspetti del proprio mondo interno e le modalità personali di lettura e costruzione della realtà.

X. Conclusione

L'intervento psicoterapeutico psicodinamico non è chiamato a difendere un passato nostalgico ma a interpretare un presente in continua trasformazione, senza dimenticare che, al di là degli adattamenti neuroplastici, l'individuo continua a cercare senso, continuità e appartenenza. In prospettiva adleriana, tali bisogni affondano le loro radici nel sentimento sociale: la necessità di sentirsi parte di qualcosa, di contribuire, di trovare nella relazione con l'altro il proprio orientamento interno.

La psicoterapia diventa così il luogo in cui la rapidità dei processi può essere trasformata in significato e in cui l'individuo ha la possibilità di riscoprire il flusso naturale della propria interiorità, un ritmo che non può essere ridotto né replicato dall'accelerazione dei contesti contemporanei.

Faggin richiama l'attenzione sul fatto che «è giunto il momento di usare le nostre potenti tecnologie per il bene di tutti, piuttosto che per il bene del sedicente più adatto. L'idea di separazione, che trova la sua espressione nel riduzionismo della fisica classica, dev'essere sostituita dall'esperienza di unione e inclusione già evidente nell'olismo della vita» [17].

Si tratta, dunque, di un invito a riprendere in mano l'intero racconto della persona: con il suo corpo, i suoi affetti, la memoria e le relazioni affettive e sociali, per restituirgli profondità, senso e continuità anche nell'attuale configurazione dell'esperienza, mediando e integrando la modernità del nostro tempo.

Gli approfondimenti teorici e scientifici, insieme ai confronti intrapresi per la costruzione di questo lavoro, hanno permesso di confermare come i processi cognitivi restino ancora oggi, saldamente ancorati al corpo e come, anche in un contesto dominato dal multitasking e dal digitale, le funzioni cognitive e mnestiche conservino una radice incarnata e viva. Appare infatti indiscusso come «il corpo umano rimanga il perno attorno a cui ruota la nostra esperienza, anche nell'era degli schermi e della realtà virtuale» [21].

Da qui si apre un discorso fondamentale sul "corpo" e sulle tecniche corporee, intese come pratiche capaci di riequilibrare gli effetti del multitasking e di ristabilire un contatto con la dimensione sensoriale dell'esperienza personale e relazionale.

Un ritorno progressivo al qui ed ora del vissuto, che richiama la necessità di un approfondimento sull'interazione tra - corpi fisici e virtuali - intesi non in opposizione, ma in una prospettiva di integrazione, come luogo in cui l'esperienza si iscrive, prende forma e acquista senso anche nei nuovi scenari mediati dalla tecnologia.

Bibliografia

1. HUTTON, J. S., DUDLEY, J., HOROWITZ-KRAUS, T., DEWITT, T., HOLLAND, S. K. (2019), Associations between Screen-Based Media Use and Brain White Matter Integrity in Preschool-Aged Children, *JAMA Pediatrics*, 173(3): 244-250.
2. OPHIR, E., NASS, C., WAGNER, A. D. (2009), Cognitive Control in Media Multitaskers, *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 106(37): 15583-15587.
3. ARDIZZI, M. (2025), *L'algoritmo bipede. L'avvincente storia di come mente, corpo e tecnologia evolvono insieme*, EGEA, Milano.
4. FIRTH, J. et al. (2019), The Online Brain: How the Internet May Be Changing Our Cognition, *World Psychiatry*, 18(2): 119-129.
5. LOH, K. K., KANAI, R. (2014), Higher Media Multitasking is Associated with Smaller Gray-Matter Density in the Anterior Cingulate Cortex, *PLOS ONE*, 9(9): e106698.
6. UNCAPHER, M. R., THIEU, M. K., WAGNER, A. D. (2016), Media Multitasking and Memory: Differences in Working Memory and Long-Term Memory, *Psychonomic Bulletin & Review*, Springer Nature, 23(2): 483-490.

7. BAUMGARTNER, T., WEIBEL, D., BETSCH, C. (2018), Multiple Device Use and Its Impact on Attention, *Computers in Human Behavior*, 75: 381-390.
8. FREUD, S. (1912), Ratschläge für den Arzt bei der psychoanalytischen Behandlung, *Zentralblatt für Psychoanalyse*, 2(9): 483-489, tr. it. Consigli al medico nel trattamento psicoanalitico, in *Opere* vol. VI. Bollati Boringhieri, Torino, 1967-1980.
9. WEGNER, D. M. (1987), Transactive Memory: A Contemporary Analysis of the Group Mind, in MULLEN, B., GOETHALS, G. R. (eds), *Theories of Group Behavior*, Springer, New York: pp. 185-208.
10. NAGAM, V. M. (2023), Internet Use, Users, and Cognition: On the Cognitive Relationships between Internet-Based Technology and Internet Users, *BMC Psychology*, 11: 110.
11. SPARROW, B., LIU, J., WEGNER, D. M. (2011), Google Effects on Memory: Cognitive Consequences of Having Information at Our Fingertips, *Science*, 333(6043): 776-778.
12. FERRO, A. (2007), *Evitare le emozioni, vivere le emozioni*, Raffaello Cortina, Milano.
13. SIRI, F., FERRONI, F., ARDIZZI, M., KOLESNIKOVA, A., BECCARIA, M., ROCCI, B., CHRISTOV-BAKARGIEV, C., GALLESE, V. (2018), Behavioral and Autonomic Responses to Real and Digital Reproductions of Works of Art, *Progress in Brain Research* (Vol. 237, pp. 201-221), Elsevier.
14. BENASAYAG, M. (2020), *La tirannia degli algoritmi. Per una critica dell'ideologia digitale*, Vita e Pensiero, Milano.
15. ADLER, A. (1927), *The Science of Living*, tr. it. *La scienza del vivere*, Edizioni Universitarie Romane, Roma 2012.
16. PARENTI, F. (1976), Introduzione, in ADLER, A. (1931), *What Life Should Mean to You*, tr. it. *Cosa la vita dovrebbe significare per voi* (1931), Newton Compton, Roma 1976.
17. FAGGIN, F. (2022), *Irriducibile. La coscienza, la vita, i computer e la nostra natura*, Mondadori Libri, Milano.
18. PANKSEPP, J., BIVEN, L. (2012), *The Archaeology of Mind: Neuroevolutionary Origins of Human Emotions*, W. W. Norton & Company, New York.
19. FERRO, A. (1996), *Nella stanza d'analisi. Emozioni, racconti, trasformazioni*, Raffaello Cortina, Milano.
20. GAZZALEY, A., ROSEN, L. D. (2016), *The Distracted Mind: Ancient Brains in a High-Tech World*, The MIT Press, Cambridge.
21. GALLESE, V., MORIGGI, S., RIVOLTELLA, P. C. (2025), *Oltre la tecnofobia. Il digitale dalle neuroscienze all'educazione*, Raffaello Cortina, Milano.

Specchi familiari deformanti: sostegno alla genitorialità e interruzione della trasmissione relazionale disfunzionale in ottica adleriana

LAURA RIVOIRO

Summary – DISTORTING FAMILY MIRRORS: PARENTING SUPPORT AND THE INTERRUPTION OF DYSFUNCTIONAL RELATIONAL TRANSMISSION FROM AN ADLERIAN PERSPECTIVE. This paper examines parenting support from an Adlerian perspective, highlighting how contemporary sociocultural pressures create “distorted family mirrors” that affect parental identity and relational functioning. A clinical case involving a couple and their 19-year-old daughter is presented to illustrate the role of private beliefs, lifestyle patterns, and transgenerational processes in shaping parental rigidity and family conflict. The work emphasizes the importance of encouragement as both a therapeutic tool and an educational principle, capable of shifting parental focus from control to cooperation. The transgenerational analysis demonstrates how recognizing implicit relational legacies enables the interruption of dysfunctional transmission and fosters a family climate grounded in trust, openness, and social interest. Adlerian psychotherapy thus emerges as a corrective relational space in which parents can consciously reshape their relational identity, promoting more authentic, cooperative, and resilient family interactions.

Keywords: PARENTING, ADLERIAN PSYCHOLOGY, ENCOURAGEMENT, TRANSGENERATIONAL TRANSMISSION, SOCIAL INTEREST, PRIVATE BELIEFS, LIFESTYLE

Abstract – SPECCHI FAMILIARI DEFORMANTI: SOSTEGNO ALLA GENITORIALITÀ E INTERRUZIONE DELLA TRASMISSIONE RELAZIONALE DISFUNZIONALE IN OTTICA ADLERIANA. Il presente contributo esplora il sostegno alla genitorialità in ottica adleriana, evidenziando come le attuali pressioni socioculturali producano “specchi familiari deformanti” che influenzano la funzione genitoriale e le dinamiche relazionali. Viene presentato un caso clinico di una coppia con una figlia di 19 anni, utilizzato per illustrare il ruolo delle convinzioni private, dello stile di vita e dei processi transgenerazionali nel determinare rigidità educativa e conflitti familiari. Il lavoro evidenzia la funzione centrale dell’incoraggiamento come strumento terapeutico e principio educativo, capace di trasformare la prospettiva del genitore da controllo a cooperazione. L’analisi transgenerazionale mostra come il riconoscimento delle eredità relazionali implicite permetta di interrompere la trasmissione disfunzionale e restituire alla famiglia un clima di fiducia, ascolto e sentimento sociale. La psicoterapia adleriana emerge così come spazio correttivo in cui i genitori possono riconoscere e riformulare la propria identità relazionale, favorendo relazioni familiari più autentiche, cooperative e resilienti.

Parole chiave: GENITORIALITÀ, PSICOLOGIA ADLERIANA, INCORAGGIAMENTO, TRASMISSIONE TRANSGENERAZIONALE, SENTIMENTO SOCIALE, CONVINZIONI PRIVATE, STILE DI VITA

Introduzione

L'approccio adleriano al sostegno alla genitorialità si fonda sull'idea che le difficoltà educative, i conflitti familiari e i disturbi relazionali non rappresentino problemi isolati, ma l'espressione di una visione del mondo: ciò che Adler definiva stile di vita, ossia il modo coerente attraverso cui l'individuo interpreta e risponde alle esperienze. Nel contesto contemporaneo, la funzione genitoriale è modellata e spesso distorta da pressioni culturali e simboliche che ne alterano l'immagine.

Il genitore del 2025 si muove in un ambiente costantemente osservato e valutato, dove l'identità genitoriale si costruisce per confronto con modelli ideali: il genitore emotivamente regolato, competente, sempre presente e capace di decodificare e gestire ogni dinamica emotiva. I modelli di genitorialità veicolati da media e social fungono da specchi deformanti: restituiscono immagini iperboliche e irreali, alimentando senso di colpa, ansia da prestazione e inadeguatezza. Ne derivano perdita di spontaneità, indebolimento del sentimento sociale e chiusura difensiva della coppia genitoriale.

I. Il caso clinico: una coppia genitoriale e una figlia di 19 anni

Il caso presentato proviene da un progetto aziendale di sostegno alla genitorialità rivolto ai dipendenti di un gruppo societario con sedi nazionali. Le aziende hanno messo a disposizione otto incontri psicologici, online o in presenza, finalizzati alla gestione di problematiche familiari, relazionali o di equilibrio vita-lavoro.

In questo contesto ho seguito una coppia di genitori cinquantenni: la madre, impiegata nel settore finance, e il padre, professore universitario del Politecnico. Entrambi si presentavano curati, formali, intellettualmente brillanti, ma emotivamente trattenuti. Richiedevano un intervento per difficoltà nella relazione con la figlia Martina, 19 anni, nel delicato passaggio tra la conclusione delle scuole superiori e l'ingresso all'università.

Martina intrattiene una relazione con un ragazzo arabo, conosciuto durante le superiori. I genitori, inizialmente accoglienti, diventano progressivamente sospettosi, percependo che la figlia mente e vive una relazione potenzialmente dannosa. La preoccupazione si trasforma in controllo: limitazioni agli incontri, richieste di trasparenza totale, interrogatori frequenti. Martina reagisce con chiusura e opposizione, intensificando il conflitto: da un lato una giovane adulta che rivendica libertà e sperimentazione, dall'altro genitori che faticano a tollerare vulnerabilità e incertezza.

Nel corso delle sedute emerge che il padre proviene da un contesto educativo rigido e competitivo, in cui il valore personale era legato alla conoscenza e ai risultati. Afferma: "In casa mia, o sapevi le cose o non contavi." La madre ha interiorizzato un modello centrato sull'armonia di coppia e sulla necessità di essere accettata: "Ho

sempre pensato che una donna debba costruirsi una famiglia che funzioni.” Queste convinzioni private - “devo sapere per contare” e “devo essere accettata per essere amata” - diventano i poli di rigidità proiettati sulla figlia.

Martina, in reazione, sceglie un partner fuori dai canoni familiari, ricercando autonomia nella differenza, ma ritrovandosi in un legame ambiguo e faticoso.

II. *La genitorialità nel 2025: contesto socio-culturale*

Nel contesto odierno, la genitorialità è attraversata da tre forze simultanee e spesso contraddittorie: digitalizzazione della vita familiare, frammentazione delle reti sociali e iperesposizione al giudizio pubblico. La società contemporanea chiede al genitore di essere al tempo stesso efficiente, empatico, competente e costantemente disponibile.

Il modello ideale non è più quello del “buon padre” o della “madre affettuosa”, ma una figura performativa, aggiornata, interiormente regolata e capace di prevenire ogni rischio emotivo o comportamentale del figlio. In questo sistema, la genitorialità diviene una funzione di performance, sottoposta a criteri di valutazione impliciti: l’attenzione si sposta da “come sono con mio figlio” a “quanto sono adeguato secondo lo sguardo sociale”.

Ne deriva una forma di ansia morale, particolarmente presente nelle madri, divise tra ruolo professionale e familiare, e nei padri, chiamati a ruoli affettivi privi di modelli culturali consolidati. Il risultato è una iperattivazione del ruolo genitoriale: il genitore cerca di “fare tutto bene”, perdendo spontaneità e ascolto autentico. Potremmo dire che il genitore del 2025 è iperinformato, ma emotivamente isolato: sa troppo e sente troppo poco.

In ottica adleriana, ciò rappresenta un indebolimento del sentimento sociale. Quando l’individuo perde il senso di cooperazione e appartenenza, la relazione si riduce a prestazione individuale, irrigidendosi.

III. *L’incoraggiamento come strumento terapeutico ed educativo*

Nel lavoro adleriano con i genitori, l’incoraggiamento costituisce strumento centrale e traduzione operativa del sentimento sociale. Per Adler, l’essere umano cresce nella cooperazione, non nel confronto. L’incoraggiamento riattiva la fiducia nella propria capacità di appartenere e contribuire.

Quando un figlio cresce in un clima di incoraggiamento sviluppa fiducia, resilienza e cooperazione; in un clima di critica costante sviluppa senso di inferiorità e difese compensatorie.

Nella pratica clinica con i genitori, l'incoraggiamento svolge tre funzioni fondamentali:

1. Restituzione di prospettiva:
il genitore smette di percepirsi come “colpevole” o “inadeguato” e inizia a considerarsi un soggetto in apprendimento.
2. Modellamento relazionale:
il terapeuta diventa modello implicito di relazione - fiduciosa, cooperativa, non giudicante.
3. Ristrutturazione cognitiva delle convinzioni private:
le convinzioni rigide (“valgo solo se ho ragione”) vengono trasformate in visioni cooperative (“posso essere ascoltato anche se sbaglio”).

Nel caso clinico presentato, l'incoraggiamento ha rappresentato il punto di svolta: i genitori hanno compreso che il problema non era il comportamento della figlia, ma la loro interpretazione della funzione genitoriale. La madre ha potuto riconoscere la propria paura di non essere adeguata; il padre ha riconosciuto la propria difficoltà a mostrarsi vulnerabile. Entrambi hanno potuto comprendere che la fiducia è un processo e non un obiettivo.

IV. Prospettiva transgenerazionale adleriana

Uno dei nuclei clinicamente più rilevanti nel sostegno alla genitorialità riguarda la trasmissione transgenerazionale. Ogni genitore porta con sé una memoria relazionale ereditaria, fatta di schemi implicitamente appresi nelle relazioni primarie.

In ottica adleriana, la trasmissione intergenerazionale può essere letta attraverso lo stile di vita e le finzioni guida. Adler sosteneva che il bambino non eredita qualità, ma atteggiamenti verso la vita. Lo stile di vita si interiorizza e tende a riprodursi fino a quando non viene riconosciuto e trasformato.

Il processo terapeutico rappresenta pertanto un atto di emancipazione creativa: il genitore può differenziarsi dal passato familiare senza rinnegare la propria storia. Ciò interrompe la trasmissione disfunzionale.

Nel caso clinico, la coppia ha riconosciuto come rigidità e controllo derivassero da modelli educativi precedenti - autorità paterna e perfezione materna - e come tali modelli generassero distanza affettiva.

V. Conclusioni

Nel contesto attuale, la genitorialità rischia di diventare rappresentazione pubblica riflessa in specchi sociali deformanti. Il compito della psicoterapia adleriana è restituire un'immagine non distorta, in cui i genitori possano riconoscere la propria umanità relazionale.

La relazione terapeutica diventa spazio correttivo in cui il giudizio lascia posto alla comprensione, il controllo alla cooperazione, la paura al sentimento sociale. La difficoltà di questa coppia non era di ordine educativo, ma identitario e relazionale: la paura del fallimento genitoriale si era trasformata in controllo difensivo.

Il momento di svolta è stato espresso nella frase: “Non possiamo controllarla, ma possiamo esserle vicini.”

Da quel punto, la dinamica familiare ha iniziato a trasformarsi: meno rigidità, più ascolto, più fiducia.

Bibliografia

1. ADLER, A. (1927), *Menschenkenntnis*, tr. it. *La conoscenza dell'uomo*, Boringhieri, Torino 1975.
2. ADLER, A. (1930), *Der Sinn des Lebens*, tr. it. *Il senso della vita*, Boringhieri, Torino 2012.
3. ADLER, A. (1931), *What Life Should Mean to You*, Capricorn Books, New York.
4. ADLER, A. (1933), *Social Interest: A Challenge to Mankind*, Putnam & Sons, New York.
5. BITTER, J. R. (2021), *Adlerian Psychotherapy: An Advanced Approach to Individual Psychology*, Routledge, New York.
6. CARLSON, J., WATKINS, C. E. (1989), *The Handbook of Individual Psychology*, Routledge, New York.
7. CARLSON, J., WATTS, R. E., MANIACCI, M. (2006), *Adlerian Therapy: Theory and Practice*, American Psychological Association, Washington, DC.
8. CURLETTE, W. L., KERN, R. M., WHEELER, M. S. (1996), *Lifestyle Assessment*, Western Psychological Services, Los Angeles.
9. DREIKURS, R. (1950), *Fundamentals of Adlerian Psychology*, Alfred Adler Institute, Chicago.
10. DREIKURS, R., SOLTZ, V. (1964), *Children: The Challenge*, Duell, Sloan & Pearce, New York.
11. DREIKURS, R., GRUNWALD, B. B., PEPPER, F. (1982), *Maintaining Sanity in the Classroom*, Harper & Row, New York.

12. MOSAK, H. H., DREIKURS, R. (1967), *Principles of Adlerian Psychology*, Alfred Adler Institute, Chicago.
13. MOSAK, H. H., MANIACCI, M. P. (1999), *A Primer of Adlerian Psychology*, Brunner-Routledge, Philadelphia.
14. OBERST, U. E., STEWART, A. E. (2003), *Adlerian Psychotherapy: An Introduction*, Brunner-Routledge, New York.
15. SWEENEY, T. J. (2009), *Adlerian Counseling and Psychotherapy: A Practitioner's Approach*, Brunner-Routledge, New York.
16. WATTS, R. E. (2000), Encouragement in Adlerian Counseling, *The Journal of Individual Psychology*, 56(3), 257-268.
17. WATTS, R. E. (2013), *Interventions and Strategies in Adlerian Counseling*, Brunner-Routledge, New York.

Nella sala degli specchi: racconto di una Psicoterapia di Gruppo

SILVIA RONDI

Summary – IN THE HALL OF MIRRORS: A TALE OF GROUP PSYCHOTHERAPY. This paper examines the experience of an Adlerian-oriented group psychotherapy initiated in May 2023, highlighting its theoretical foundations, relational dynamics, and transformative potential. The Adlerian approach views the group as an evolving space in which individuals can confront themselves, overcome feelings of inferiority, and develop *Gemeinschaftsgefühl*, that is, a sense of community. Careful selection of participants and the creation of a positive relational climate are essential elements. The therapist adopts an empathetic and collaborative role, facilitating shared reflection. The article seeks to illustrate how the group fosters the restructuring of the Self through mirroring, resonance, and shared narrative. Therapeutic regression, within a safe environment, is interpreted as an evolutionary process that allows for the integration of the vulnerable parts of the Self. The group emerges as a “hall of mirrors”, where interactions reflect and integrate fragments of identity, enabling the revision of family narratives and the transformation of the multiple states of the Self towards authenticity and relational coherence.

Keywords: ADLERIAN GROUP PSYCHOTHERAPY, GROUP, FIELD, INTERSUBJECTIVITY, MULTIPLICITY, MIRRORING, REGRESSION, EMBODIMENT

Abstract – NELLA SALA DEGLI SPECCHI: RACCONTO DI UNA PSICOTERAPIA DI GRUPPO. Questo breve contributo intende esaminare l'esperienza di una psicoterapia di gruppo ad orientamento adleriano avviata nel maggio 2023, evidenziandone i fondamenti teorici, le dinamiche relazionali e il potenziale trasformativo. L'approccio adleriano concepisce il gruppo come uno spazio in evoluzione, in cui gli individui possono confrontarsi con sé stessi, superare il sentimento di inferiorità e sviluppare il *Gemeinschaftsgefühl*, ovvero il sentimento di comunità. La selezione accurata dei partecipanti e la costruzione di un clima relazionale positivo sono elementi essenziali. Il terapeuta assume un ruolo empatico e collaborativo, facilitando la riflessione condivisa. Si cerca di illustrare come il gruppo favorisca la ristrutturazione del Sé attraverso il rispecchiamento, la risonanza e la narrazione condivisa. La regressione terapeutica, all'interno di un ambiente sicuro, è interpretata come processo evolutivo che consente l'integrazione delle parti vulnerabili del Sé. Il gruppo emerge come una “sala degli specchi”, in cui le interazioni riflettono e integrano frammenti identitari, permettendo la revisione delle narrazioni familiari e la trasformazione dei molteplici stati del Sé verso l'autenticità e la coerenza relazionale.

Parole chiave: PSICOTERAPIA ADLERIANA DI GRUPPO, GRUPPO, CAMPO, IINTERSOGGETTIVITÀ, MOLTEPLICITÀ, RISPECCHIAMENTO, REGRESSIONE, EMBODIMENT

I. Il Gruppo come Dispositivo Intersoggettivo: Dinamiche Relazionali e Trasformazione del Sé

Il contributo presenta una sintesi delle principali riflessioni emerse dall'esperienza di una psicoterapia di gruppo ad orientamento adleriano avviata nel maggio 2023. L'approccio adleriano attribuisce al gruppo un valore trasformativo, considerandolo uno spazio relazionale privilegiato in cui l'individuo può confrontarsi, riconoscersi e ridefinire il proprio stile di vita.

Il gruppo non è soltanto uno strumento terapeutico, ma un microcosmo sociale che riflette le sfide fondamentali dell'esistenza quali lavoro, amore e relazioni interpersonali. In questo contesto, emergono dinamiche di cooperazione, confronto e compensazione, che consentono di superare il sentimento di inferiorità e sviluppare il *Gemeinschaftsgefühl* [2], ovvero il sentimento di comunità. La psicoterapia di gruppo adleriana si propone di promuovere consapevolezza sullo stile di vita e sulle finzioni, incentivare la responsabilità personale e decisionale, sostenere il superamento dei complessi di inferiorità attraverso la cooperazione, stimolare il Sé creativo e orientare verso mete più funzionali [2, 3].

La complessità del dispositivo gruppalare risiede nell'intersezione tra individualità e molteplicità, nello spazio che si apre tra la dimensione intrapsichica del singolo e quella condivisa del gruppo. Questa interazione genera un campo multipersonale, il cui fondamento teorico centrale è l'intersoggettività, intesa come processo evolutivo e non come qualità innata [20].

L'identità, dunque, si costruisce e si ridefinisce nel confronto costante con l'alterità: il Sé può esistere solo in relazione all'Altro, in un rapporto di reciproca co-determinazione. In questa prospettiva, il gruppo non è la mera somma delle individualità che lo compongono, ma un sistema dinamico in cui le soggettività si influenzano e si trasformano vicendevolmente.

Nel contesto della psicoterapia di gruppo, l'intersoggettività rappresenta il terreno su cui si sviluppa la mente relazionale. Quest'ultima non è un'entità chiusa, ma un processo co-costruito, che prende forma attraverso il dialogo, lo scambio emotivo e la reciprocità degli sguardi. L'incontro con l'Altro – attraverso parole, silenzi e reazioni – consente al Sé di riflettersi, differenziarsi e riorganizzarsi. Il gruppo, in questo senso, diventa un campo intersoggettivo attivo, in cui ciascun partecipante funge contemporaneamente da specchio e stimolo per gli altri, permettendo così l'espansione della mente relazionale: le emozioni si intensificano, le narrazioni si intrecciano e le configurazioni identitarie si moltiplicano. La trasformazione terapeutica che avviene in gruppo supera l'insight cognitivo, realizzandosi mediante esperienze emotive correttive [8], che ristrutturano le rappresentazioni di sé e dell'altro.

Il concetto di *campo gruppale*, elaborato da autori come Kaës [21], Bion [12], Foulkes [18] e successivamente da Neri [26], indica uno spazio psichico condiviso, generato dall'intreccio delle menti dei partecipanti e delle dinamiche affettive e comunicative che si sviluppano. Non è quindi una semplice somma di soggettività, ma una totalità emergente, dotata di struttura, tensioni e movimenti propri. In esso si attivano processi inconsci collettivi, identificazioni reciproche, fantasie condivise e risonanze emotive che influenzano profondamente i vissuti individuali.

Le caratteristiche fondamentali del campo gruppale sono quindi la multidimensionalità (comprende livelli intrapsichici, interpersonali e transpersonali), la plasticità (si modifica nel tempo), la funzione contenitiva (offre uno spazio sicuro per l'esplorazione di contenuti emotivi profondi) e la capacità di attivare processi regressivi e progressivi. Nel modello adleriano, il campo gruppale è luogo di evoluzione, dove il sentimento di inferiorità può essere affrontato e trasformato grazie alla cooperazione, al riconoscimento reciproco e alla costruzione condivisa di significati.

II. *Una costellazione relazionale in movimento*

L'esperienza ha avuto inizio nel maggio 2023, con la costituzione di un gruppo composto da sei pazienti, già precedentemente transitati attraverso una psicoterapia individuale e pertanto avvezzi al linguaggio e alla postura della Psicologia Individuale. La selezione è avvenuta con cura, guidata non solo da criteri clinici, ma da una visione relazionale: si è cercato di immaginare i dialoghi possibili, le risonanze affettive, le complementarità e le tensioni che avrebbero potuto generarsi.

Il gruppo è risultato equilibrato per genere e distribuito per età, con partecipanti dai 20 ai 55 anni: la diversità generazionale e di genere si rivela una risorsa preziosa, dove le differenze evocano vissuti legati al ciclo di vita, alla genitorialità, alla sessualità, alla carriera, alla perdita. I più giovani proiettano sui più maturi aspetti idealizzati o critici della figura genitoriale; i più maturi riconoscono nei giovani parti di sé passate, desideri rimossi, conflitti irrisolti. Le differenze di genere attivano fantasie, identificazioni e contro-identificazioni che permettono di esplorare le rappresentazioni interne dell'altro e le aspettative relazionali.

Questo scambio intersoggettivo, lungo l'asse orizzontale del gruppo, favorisce una circolazione affettiva che arricchisce il lavoro terapeutico. Il gruppo diventa così scena e laboratorio: luogo in cui si rimettono in gioco le dinamiche familiari, amorose e sociali, e in cui il transfert laterale non è solo ripetizione, ma possibilità evolutiva. Nel cuore del gruppo si è presto manifestata una costellazione dinamica e variegata di esperienze affettive e ferite relazionali. Il dispositivo terapeutico consente di rivelare le coerenze nascoste dietro la sofferenza, offrendo a ciascuno la possibilità di riscrivere la propria storia affettiva con maggiore consapevolezza e libertà.

III. *Rotte cliniche intersoggettive: un itinerario non lineare in cinque movimenti*

Sulla scorta di due anni di osservazioni cliniche, propongo qui una sintesi delle funzioni trasformative che ho visto emergere nel campo multipersonale. Questa sistematizzazione non ha pretese di esaustività, ma nasce come riflessione empirica e teorica, frutto dell'esperienza diretta e delle risonanze emotive vissute nel gruppo. Le funzioni si presentano come fasi ricorsive e dialogiche, che si attivano e si riattivano nel tempo, favorendo processi di cambiamento e crescita personale.

Ogni fase è illustrata tramite una metafora guida, utile a rendere più comprensibili dinamiche spesso implicite come l'incertezza relazionale, il gioco degli specchi, la pluralità del Sé e la revisione delle narrazioni identitarie. Il modello si fonda, come è ovvio, sull'epistemologia Adleriana, ma si apre anche al dialogo con prospettive psicoanalitiche e sistemiche, proponendosi come traccia flessibile da adattare ai diversi contesti clinici e formativi.

III. 1. *Primo movimento: navigare nella complessità*

Il dispositivo grupppale rappresenta una realtà complessa, in cui la dimensione relazionale espone i partecipanti a dinamiche intersoggettive che possono risultare destabilizzanti [17, 25, 26], soprattutto nelle fasi iniziali. La molteplicità degli sguardi, l'incontro con l'ignoto e l'attivazione di nuclei emotivi profondi possono mettere temporaneamente in crisi le capacità di pensiero e le difese psicologiche individuali, mobilitando angosce primitive e contenuti a valenza complessuale. In assenza di una struttura relazionale sufficientemente contenitiva, il gruppo può configurarsi come una situazione disorganizzante, generando il rischio di contagio relazionale negativo e accentuando le vulnerabilità dei singoli membri.

Da qui deriva la necessità di una progettazione attenta e consapevole del gruppo terapeutico. La costituzione del gruppo deve garantire un equilibrio tra le caratteristiche individuali dei partecipanti e le dinamiche potenziali del campo grupppale. La selezione dei membri, come sottolineato anche dai padri fondatori della Psicologia Individuale in Italia, Parenti e Pagani [4], deve tenere conto degli stili di vita, del livello di consapevolezza e, soprattutto, della presenza di un sufficiente sentimento comunitario. L'obiettivo è la creazione di un ambiente positivo di confronto, in cui i temi emersi nei percorsi individuali possano essere condivisi e rielaborati collettivamente.

L'avvio della psicoterapia di gruppo costituisce un momento delicato e generativo, assimilato alla navigazione in un mare aperto privo di mappe: uno spazio esplorativo in cui l'orientamento si costruisce progressivamente. Il campo grupppale diventa un luogo intersoggettivo in cui ciascun partecipante incontra l'alterità e si confronta con l'incertezza.

Il focus sul “qui ed ora” guida l’osservazione delle micro-dinamiche emergenti-silenzi, posture, sguardi-e stimola una riflessione condivisa sulle modalità di ingresso e posizionamento nel gruppo. Attraverso domande circolari e riformulazioni, si attiva una mentalizzazione reciproca che trasforma il gruppo in una palestra del sentimento sociale: un ambiente vivo dove il Sé si sperimenta nella relazione. Solo un ambiente relazionale stabile, empatico e non giudicante consente un progressivo abbassamento delle difese, favorendo l’emergere di stati regressivi a valore trasformativo [11].

La regressione terapeutica, lungi dall’essere patologizzata, permette l’accesso a vissuti arcaici, emozioni primarie e rappresentazioni del Sé che altrimenti resterebbero inaccessibili. In un gruppo ben costruito, la regressione non equivale a perdita di controllo, ma rappresenta una modalità relazionale che facilita la riattivazione e rielaborazione di bisogni affettivi non soddisfatti, in un contesto sicuro. Il gruppo si configura così come matrice intersoggettiva e “base sicura” in cui le parti più vulnerabili del Sé possono essere espresse, riconosciute e accolte.

Secondo la prospettiva adleriana, questa sospensione temporanea della finzione individuale consente una ristrutturazione più flessibile dello stile di vita, coerente con il sentimento comunitario. Parallelamente, la teoria dell’attaccamento evidenzia come la creazione di un ambiente relazionale sicuro permetta esperienze di attaccamento correttivo e holding collettivo, favorendo la mentalizzazione e la riparazione del Sé.

III. 2. *Secondo movimento: il gruppo come specchio riflettente e deformante*

In questa seconda fase, il gruppo si trasforma in uno specchio relazionale: esso riflette, amplifica e talvolta distorce l’immagine che ciascun membro ha di sé e degli altri. È il momento in cui le dinamiche di rispecchiamento, identificazione e contro-identificazione si attivano con maggiore intensità, generando risonanze emotive e tensioni che aprono spazi di riflessione profonda.

L’obiettivo clinico è favorire la consapevolezza di questi processi, affinché le finzioni identitarie-le maschere, le posture difensive, i ruoli cristallizzati-possano essere messe in discussione. Il campo gruppale diventa così un laboratorio trasformativo, dove l’immagine di sé si confronta con quella restituita dagli altri, e dove le proiezioni possono essere riconosciute, elaborate e integrate.

Attraverso l’osservazione condivisa di alcuni meccanismi chiave-identificazione, rispecchiamento, proiezione, contro-identificazione-si apre la possibilità di decostruire le narrazioni rigide e di accedere a una rappresentazione più fluida e autentica del Sé in relazione.

III. 3. *Terzo movimento: da specchio a caleidoscopio identitario, molteplicità e integrazione*

Il terzo movimento affronta un momento evolutivo del percorso di psicoterapia di gruppo, dove lo “specchio deformante” si trasforma in un “caleidoscopio identitario”, per descrivere la complessità e la ricchezza delle dinamiche che emergono nel contesto gruppale. Il caleidoscopio, evocato sia nella sua etimologia greca (“osservare belle immagini”) sia nelle parole della filosofa Jenann Ismael¹, diventa simbolo della molteplicità di immagini di sé che si rifrangono, si combinano e si trasformano nell’interazione con l’altro e con il gruppo.

In questa fase, il gruppo non offre più una sola immagine riflessa, come farebbe uno specchio, ma una molteplicità di frammenti identitari che si muovono e si ricompongono. L’identità individuale si scopre quindi polifonica e dinamica: osservando “*attraverso il caleidoscopio del gruppo*”, ogni partecipante può cogliere aspetti diversi e mutevoli del proprio Sé, che emergono a seconda della profondità del contatto con il mondo interno e della posizione relazionale assunta. Il campo gruppale, inteso come spazio intersoggettivo, consente a parti dissociate o negate del Sé di trovare espressione, grazie alla relazione con l’alterità.

Le narrazioni identitarie si moltiplicano e si fluidificano, permettendo al soggetto di tollerare la discontinuità interna come risorsa, non più come minaccia. In questo scenario, il gruppo rappresenta un luogo di sperimentazione e di integrazione dei diversi stati del Sé, secondo la prospettiva di Bromberg [15, 16], per il quale il Sé non è unitario ma composto da molteplici stati mentali che possono coesistere e alternarsi.

Dal punto di vista adleriano, invece, il Sé mantiene una coerenza e una direzione grazie alla “legge del movimento” [7], che orienta lo stile di vita verso una meta significativa: il superamento del sentimento di inferiorità, la costruzione del senso di appartenenza. In questa ottica, anche i comportamenti apparentemente disfunzionali sono visti come tentativi creativi di adattamento.

Le prospettive di Bromberg e Adler, pur diverse, possono essere considerate complementari: la molteplicità del Sé descritta da Bromberg non nega l’unità adleriana, ma la arricchisce, sottolineando la plasticità e la creatività del Sé che attraversa stati diversi mantenendo una direzione teleologica. In questa logica, anche gli stati più disorganizzati o difensivi sono animati da una spinta verso la connessione e il significato, secondo una finalità adleriana di appartenenza e contributo. Il gruppo favorisce così la ricomposizione della molteplicità in una direzione non verso l’uniformità, ma verso un Sé più autentico, relazionale e socialmente utile.

1) “Guardando nel caleidoscopio e ruotandone il tubo, si vedono sbocciare forme multicolori che volteggiano, si fondono e si muovono imprevedibilmente senza un’apparente spiegazione razionale, quasi come se esercitassero un’inquietante azione a distanza le une sulle altre. Ma più le si osserva meravigliati, più si notano delle regolarità nel loro moto.”, Jenann Ismael, filosofa della scienza e professore alla John Opkins University.

III. 4. *Quarto movimento: riconoscere polarità semantiche e identità narrative*

Le immagini che il gruppo restituisce non sono mai neutre: portano con sé echi di narrazioni antiche e di ruoli familiari interiorizzati. Il gruppo permette di osservare, negoziare e trasformare queste “finzioni familiari” e le polarità semantiche che strutturano le narrazioni individuali [31], aprendo uno spazio di rielaborazione e crescita identitaria. La personalità si costruisce inevitabilmente all’interno di trame relazionali e finzionali familiari dove l’individuo assume una posizione ontologica e quindi anche narrativa rispetto agli altri membri della famiglia, arrivando ben presto a costruire il proprio stile di vita per compensare l’originario sentimento di inferiorità attraverso il perseguimento della propria meta inconscia.

La terapia mette in evidenza come spesso la finzione individuale - quella narrazione soggettiva che Adler descrive come costruzione creativa del Sé orientata a superare il sentimento di inferiorità - sia espressione di una semantica familiare più ampia, che delinea una vera e propria rete finzionale condivisa.

All’interno di tale rete, si definiscono implicitamente i confini tra chi è “dentro” e chi è “fuori”, tra ciò che è dicibile e ciò che è escluso, tra i ruoli legittimi e quelli marginali. In questo senso, la finzione individuale non è mai solo personale, ma si radica in un contesto relazionale e culturale che ne orienta forma, direzione e limiti.

Polarità semantiche e posizionamento identitario

Questa intuizione adleriana trova un’interessante risonanza nella teoria delle polarità semantiche proposta da Valeria Ugazio [31]. Secondo l’autrice, le famiglie si organizzano attorno a specifiche coppie oppositive di significato - come libertà/dipendenza, bontà/cattiveria, potere/debolezza, appartenenza/esclusione - che strutturano le trame conversazionali e definiscono le posizioni narrative disponibili ai membri del sistema.

Ogni individuo, nel tentativo di costruire un’identità coerente e di mantenere l’appartenenza al gruppo familiare, assume una posizione entro queste polarità, interiorizzando un codice semantico che orienta il modo di percepire sé, gli altri e il mondo.

Il gruppo terapeutico come specchio semantico

Nel contesto della psicoterapia di gruppo, queste reti semantiche familiari diventano osservabili attraverso le modalità relazionali che i partecipanti mettono in atto nel qui-e-ora. Il gruppo, infatti, attiva e rispecchia le polarità interiorizzate, offrendo un campo intersoggettivo in cui le finzioni individuali possono essere riconosciute come risposte adattive a un sistema di significati condiviso.

In questo senso, la psicoterapia di gruppo diventa un dispositivo trasformativo che consente di passare da una finzione individuale chiusa e difensiva a una narrazione più flessibile, capace di integrare la complessità degli opposti.

Il gruppo non solo rende visibile la semantica familiare interiorizzata, ma offre anche la possibilità di rinegoziarla, aprendo spazi di significato nuovi in cui il Sé può ridefinirsi in modo più autentico, relazionale e socialmente utile in piena coerenza con l'orizzonte etico e finalista della psicologia individuale adleriana.

III. 5. *Quinto movimento: rinegoziare finzioni individuali e familiari*

Nel contesto grupppale, la dinamica relazionale evolve da semplice specchio riflettente a caleidoscopio generativo, capace di scomporre e riorganizzare le immagini identitarie individuali e familiari. Questo passaggio consente al gruppo di diventare un rivelatore delle semantiche familiari, portando alla luce narrazioni implicite e copioni affettivi sedimentati. Attraverso tale processo, le finzioni che sostengono modalità di esistenza rigide e collocate sul "lato inutile del vivere" possono essere destrutturate, aprendo lo spazio a nuove possibilità di senso, autenticità e trasformazione.

IV. *Un esercizio di rispecchiamento, integrazione e riposizionamento semantico*

Prima della pausa estiva, il gruppo ha svolto un esercizio di rispecchiamento mirato a favorire la consapevolezza sulle rappresentazioni identitarie e sulle dinamiche intersoggettive.

Ogni partecipante ha scelto tre aggettivi per descrivere il proprio modo di essere nel gruppo e, successivamente, ha attribuito tre aggettivi a ciascun altro membro, sulla base delle proprie impressioni e percezioni relazionali.

Questo esercizio, svolto inizialmente in forma scritta e poi condiviso apertamente tra i partecipanti, ha favorito un intenso processo di rispecchiamento reciproco, simile a una "sala degli specchi" in cui ognuno si osserva e viene osservato dagli altri. Gli aggettivi emersi descrivono molteplici stati del Sé: alcuni sono già integrati nella propria identità, mentre altri appaiono dissociati e si manifestano solo nel contesto sicuro del gruppo.

L'attività ha evidenziato possibili divergenze tra la propria auto-percezione e la percezione degli altri, stimolando riflessioni sulle narrazioni identitarie e sulle polarità interne. L'elaborazione successiva, guidata da domande mirate, ha aiutato i membri a esplorare coerenza, appartenenza e significato degli aggettivi prescelti.

Tabella 1 – Riflessi del Sé, narrazioni e ricostruzioni identitarie

Partecipante	Autovalutazione	Tratti ricorrenti dagli altri	Aspetti emergenti
Ernesto	Introverso, persuasivo, generoso	Responsabile, sensibile, autentico, altruista	Strategico, empatico, più estroverso di quanto pensi
Emanuele	Mediocre, inconcludente, responsabile	Profondo, riflessivo, incoraggiante, leale	Sottovaluta sé stesso, ma è visto come solido e sorprendente
Vincenzo	Sensibile, generoso, perbene	Tattico, empatico, paziente, motivante	Unisce intelligenza emotiva e concretezza
Simona	Autoironica, creativa, disponibile	Sensibile, gentile, rigorosa, entusiasta	Forte e luminosa, con grande cuore e spontaneità
Valentina	Responsabile, affidabile, accudente	Determinata, empatica, coraggiosa, sensibile	Figura di riferimento, in crescita e molto presente
Erica	Empatica, estroversa, energica	Ribelle, accogliente, ironica, sognatrice	Esplosiva e relazionale, con profondità emotiva

La raccolta di autovalutazioni ed eterovalutazioni è un esempio vivido di ciò che la terapia di gruppo valorizza: la possibilità di scoprire nuovi aspetti di sé attraverso lo sguardo degli altri, evidenziando come la coerenza tra la percezione di sé e quella degli altri rifletta una buona consapevolezza personale, mentre le discrepanze possono svelare insicurezze o distorsioni del Sé, come evidenziato dal caso di Emanuele.

Il feedback dei membri del gruppo rappresenta uno strumento prezioso di crescita, poiché consente ai partecipanti di scoprire e valorizzare aspetti di sé non riconosciuti in precedenza, arricchendo così la loro identità e incrementando l'autostima. Inoltre, il frammento dissonante viene immesso nel dialogo polifonico del gruppo, diventando oggetto di un'osservazione che alimenta nuove prospettive su di sé. La diversità delle percezioni contribuisce a creare un profilo più sfaccettato degli individui, mentre il gruppo terapeutico offre uno spazio protetto in cui esplorare queste differenze, favorendo la crescita personale e una maggiore Self-compassion.

Secondo Lewin, il gruppo agisce come campo dinamico, in cui ogni cambiamento individuale influisce sul sistema collettivo, promuovendo trasformazioni profonde. La funzione riparativa del gruppo, sottolineata da Corbella [17], offre nuove esperienze affettive in grado di sanare ferite passate.

V. Vignetta clinica – Una scena di Psicodramma

Contesto: un partecipante propone di esplorare una scena familiare che lo ha profondamente turbato: una visita recente alla sorella minore, affetta da depressione, durante la quale si è consumato un conflitto emotivo con la sorella maggiore. Il protagonista arriva a casa della sorella minore, che giace a letto da ore, incapace di alzarsi. La sorella maggiore è presente da tempo, frustrata e impotente di fronte al silenzio e alla chiusura dell'altra.

Al suo ingresso, la sorella minore si illumina. Il cambiamento è immediato, quasi corporeo. La sorella maggiore reagisce con rabbia: *“Sei sempre tu il preferito.”* Il protagonista cerca di minimizzare, ma la tensione esplode. La sorella maggiore se ne va, ferita. La sorella minore, ora più vigile, è sopraffatta dal senso di colpa. Il protagonista resta solo, diviso tra sollievo e disagio.

Un tentativo di Analisi Adleriana

1. Stile di vita e finalismo: la scena riflette lo stile di vita del protagonista: il suo ruolo di “preferito” nella dinamica familiare sembra essere una posizione consolidata, che gli conferisce potere relazionale, ma anche ambivalenza emotiva. Il sollievo provato alla fine della scena, insieme al disagio, suggerisce una tensione tra il desiderio di essere utile e il timore di alimentare conflitti.

2. Sentimento sociale e appartenenza: il protagonista cerca di mantenere la coesione familiare, minimizzando il conflitto e cercando di non ferire nessuno. Questo comportamento può essere letto come espressione del sentimento sociale adleriano: il bisogno di contribuire al benessere altrui e di sentirsi parte di un gruppo. Tuttavia, la sua posizione privilegiata mina involontariamente il senso di appartenenza della sorella maggiore.

3. Inferiorità e compensazione: la sorella maggiore manifesta un vissuto di inferiorità, espresso nella frase *“Sei sempre tu il preferito.”* La sua rabbia è una forma di compensazione: un tentativo di ristabilire un equilibrio percepito come ingiusto. La sorella minore, invece, passa da uno stato di chiusura depressiva a una riattivazione emotiva, ma subito dopo è sopraffatta dal senso di colpa.

4. Finzione guida e copione familiare: la scena mette in luce le finzioni guida che regolano i ruoli familiari: il protagonista come mediatore e figura salvifica, la sorella maggiore come esclusa e la minore come fragile e bisognosa. Questi ruoli, seppur funzionali in passato, diventano rigidi e disfunzionali nel presente, generando sofferenza e conflitti. Il gruppo psicodrammatico può offrire uno spazio per destrutturare queste finzioni e promuovere nuove narrazioni identitarie.

Analisi delle Polarità Semantiche (Ugazio)

1. Polarità semantica dominante: Potere/Impotenza: *la scena* ruota attorno alla polarità **potere/impotenza**, che sembra strutturare le relazioni familiari. Il protagonista è investito di potere relazionale: la sorella minore si riattiva alla sua presenza, mentre la sorella maggiore si sente impotente e marginalizzata. La sua frase “Sei sempre tu il preferito” esplicita la percezione di una gerarchia affettiva che la penalizza.

2. Posizionamenti identitari: il protagonista si posiziona come mediatore, ma anche come figura centrale e catalizzatrice. Il suo tentativo di minimizzare il conflitto mostra una tensione tra il desiderio di mantenere l’armonia e il timore di confermare il proprio ruolo privilegiato. **La sorella maggiore** si posiziona nel polo dell’impotenza e della frustrazione, esprimendo un bisogno di riequilibrio delle dinamiche affettive. **La sorella minore**, inizialmente nel polo dell’impotenza (depressione, chiusura), si sposta temporaneamente verso il polo del potere (riattivazione emotiva), ma ricade nel senso di colpa, segno di una posizione instabile e ambivalente.

3. Semantiche familiari e copioni relazionali: la famiglia sembra organizzarsi attorno a una semantica che premia la centralità affettiva e penalizza la marginalità. Il copione relazionale prevede ruoli fissi: il “preferito”, la “esclusa”, la “fragile”. Questi ruoli generano sofferenza e conflitti, ma anche identità. Il gruppo psicodrammatico può diventare uno spazio di rinegoziazione semantica.

Funzione del gruppo. La scena proposta ha permesso al protagonista di osservare il proprio ruolo da una prospettiva esterna, favorendo la destrutturazione delle finzioni identitarie e l’apertura a nuove narrazioni. Il gruppo diventa spazio di rinegoziazione ontologica: il protagonista esplora il diritto a non essere sempre il “risolutore”, la sorella maggiore può legittimare il proprio bisogno di essere vista, la sorella minore può accogliere il sollievo senza colpa.

VI. Tecniche corporee ed Embodiment Rigenerativo: una trasformazione olistica e incarnata

In linea con la visione olistica adleriana dell’essere umano come unità psicofisica indivisibile, il gruppo è quindi un campo non solo intersoggettivo ma anche somatico dove si attivano risonanze, rispecchiamenti e polarità semantiche. Il corpo, in questo campo, diventa veicolo di comunicazione implicita e di trasformazione.

Secondo Adler, il comportamento è sempre espressione di uno stile di vita orientato verso una meta soggettiva, dove anche il corpo racconta la direzione del Sé: in tal senso, l’*embodiment* [19] è una manifestazione concreta della coerenza del Sé, per cui le tecniche corporee utilizzate in terapia di gruppo (psicodramma, sedia vuota, role playing o dialogo drammatico) permettono di osservare e modificare lo stile di vita in

azione. Il gruppo offre uno spazio per “provare” nuove possibilità, correggere percezioni distorte e sperimentare scopi alternativi. Qui, l'*embodiment* diventa rigenerativo per cui il corpo non solo esprime vissuti emotivi e relazionali, ma si va incontro ad una trasformazione incarnata e ad una riorganizzazione possibile, sperimentando nuove posture identitarie: in psicoterapia di gruppo, il corpo diventa un luogo di rielaborazione attiva, dove emozioni dissociate, posture difensive e gesti congelati possono essere riconosciuti, vissuti e modificati.

VII. *Considerazioni non conclusive*

Fare esperienza della psicoterapia di gruppo adleriana rivela la profondità e la complessità delle dinamiche che caratterizzano questo dispositivo terapeutico. Il ruolo del terapeuta è quello di facilitatore empatico e collaborativo, capace di promuovere il dialogo, la riflessione e la crescita condivisa.

Le ricerche confermano l'efficacia della psicoterapia di gruppo, evidenziando la possibilità di ottenere benefici clinici comparabili a quelli della terapia individuale. Nello specifico, la dimensione grupppale adleriana favorisce processi di risonanza emotiva, sostegno intersoggettivo e riorganizzazione identitaria.

Il gruppo diventa così campo attivo di trasformazione, dove ciascun partecipante funge da specchio e stimolo per gli altri, favorendo una profonda ristrutturazione personale e collettiva. La psicoterapia di gruppo adleriana si configura come opportunità unica per esplorare e riorganizzare dinamiche relazionali e rappresentazioni di sé, promuovendo un senso di appartenenza autentico e integrato. Il gruppo offre uno spazio di cura e trasformazione, nel quale affrontare le sfide esistenziali e favorire una crescita umana e clinica.

Restando in una posizione di osservazione attiva e di continua elaborazione dell'esperienza, che mi vede coinvolta come protagonista e non semplice spettatrice, mi interrogo su alcune questioni che questi primi due anni di pratica hanno fatto emergere e che considero ancora aperte. Le riformulo come domande, nella speranza che il tempo e il confronto clinico possano offrirmi risposte più chiare:

- Quali caratteristiche personali e relazionali facilitano o ostacolano l'ingresso e la permanenza nel gruppo terapeutico?
- Quanto deve essere lungo e strutturato un percorso individuale adleriano per favorire un accesso consapevole e fruttuoso alla dimensione grupppale?
- Quali dinamiche emergono quando il gruppo diventa specchio di conflitti sociali più ampi, e come può il terapeuta gestirle senza perdere la funzione clinica?

- Come si può valutare il cambiamento in un contesto gruppale, dove il processo è intersoggettivo?
- Qual è il confine tra risonanza emotiva e identificazione, e come può il terapeuta favorire una differenziazione funzionale tra i partecipanti?
- In che modo il campo gruppale si modifica nel tempo, e quali segnali indicano una sua evoluzione o stagnazione?

Forse non è consueto - né del tutto rassicurante - concludere con una costellazione di domande aperte. Eppure, la complessità del tema lo richiede, e ancor più lo giustifica.

La psicoterapia di gruppo adleriana, con il suo respiro creativo e trasformativo, non cerca risposte definitive, ma invita a sostare nel dubbio fecondo, lasciando sempre una porta aperta verso ciò che ancora non conosciamo. È in questo spazio inesplorato che si rinnova il senso del nostro lavoro clinico e umano.

Bibliografia e Sitografia

1. AA.VV., (2018), *Contagi relazionali: emozioni, comportamenti, culture in Psicologia Individuale*, Atti del XXVII Congresso Nazionale S.I.P.I., Brescia.
2. ADLER, A. (1912), *Über den nervösen Charakter*, tr. it. *Il temperamento nervoso*, Astrolabio, Roma 1971.
3. ADLER, A. (1913), *Individualpsychologische Behandlung der Neurosen*, ristampato in ADLER, A. (1920), *Praxis und Theorie der Individualpsychologie*, tr. it. *Prassi e Teoria della psicologia individuale*, Newton Compton, Roma 1992.
4. ADLER, A., MACHT, K. (1928), *Die Kunst eine Lebens und Krankengeschichte zu Lesen*, in ADLER, A. (scritti 1928-1932), *Die Technik der Individualpsychologie*, tr. it. *L'arte di leggere la vita. Storia di una malattia*, (a cura di Marasco, E. E., Marasco, L.), Ed. Mimesis, Milano-Udine 2019.
5. ADLER, A. (1931-1932), *Diagnosi psicodinamica e tecnica analitica*, (a cura di Marasco, E.E., Marasco, L.), Ed. Rubettino, Roma 2021.
6. ADLER, A. (1931), *What Life Should Mean to You*, tr. it. *Cosa la vita dovrebbe significare per voi*, Newton Compton, Roma 1994.
7. ADLER, A., METZGER, W. (1933), *Der Sinn des Lebens*, tr. it. *Il senso della vita*, Kindle Edition, Newton Compton, Roma 1997. Prima edizione ebook: 2012.

8. ALEXANDER, F., FRENCH, T. M. (1946), *The Corrective Emotional Experience. Psychoanalytic Therapy: Principles and Application*, *Psicoterapia e Scienze Umane*, 1993, XXVII, 2: 85-101.
9. ANSBACHER, H. L., ANSBACHER, R. R. (1956), *The Individual Psychology of Alfred Adler*, tr. it. *La Psicologia Individuale di Alfred Adler*, Martinelli, Firenze 1997.
10. ANZIEU, D., SÉCHAUD, E. (1985), *Le moi-peau*, tr. it. *L'Io-pelle*, Raffaello Cortina, Milano 2017.
11. BALINT, M. (1979), *The Basic Fault: Therapeutic Aspects of Regression*, tr. it. *La regressione. The Basic Fault – Thrills and Regressions*, Raffaello Cortina, Milano 1983.
12. BION, W. R. (1961), *Experiences in Groups*, tr. it. *Esperienze nei gruppi*, Armando, Roma 1967.
13. BION, W. R. (1962), *Learning from Experience*, tr. it. *Apprendere dall'esperienza*, Armando, Roma 1972.
14. BIVEN, L., PANKSEPP, J. (2012), *The Archaeology of Mind: Neuroevolutionary Origins of Human Emotions*, tr. it. *Archeologia della mente. Origini neuroevolutive delle emozioni umane*, Raffaello Cortina, Milano.
15. BROMBERG, P. M. (2006), *Awakening the Dreamer: Clinical Journeys*, tr. it. *Destare il sognatore. Percorsi clinici*, Raffaello Cortina, Milano 2009.
16. BROMBERG, P. M. (1998), *Standing in the Spaces: Essays on Clinical Process, Trauma, and Dissociation*, tr. it. *Clinica del trauma e della dissociazione. Standing in the Spaces*, Raffaello Cortina, Milano 2007.
17. CORBELL, S. (2003) *Storie e luoghi del gruppo*, Raffaello Cortina, Milano.
18. FOULKES, S. H. (1975), *Group Analytic Psychotherapy: Method and Principles*, tr. it. *La terapia gruppoanalitica. Metodi e principi*, Astrolabio, Roma 1976.
19. FUCHS, T. (2018), *Ecology of the Brain: The Embodiment of Mind*, tr. it. *Ecologia del cervello. Fenomenologia e biologia della mente incarnata*, Astrolabio, Roma 2021.
20. GERMER, C. K., NEFF, K. D. (2019), *Teaching the Mindful Self-Compassion Program: A Guide for Professionals*, tr. it. *Insegnare il programma Autocompassione e Mindfulness*, EDRA, Milano 2021.
21. KAËS, R. (1999), *Les théories psychanalytiques du groupe*, tr. it. *Le teorie psicoanalitiche del gruppo*, Borla, Roma 2006.
22. MCWILLIAMS, N. (1994), *Psychoanalytic Diagnosis: Understanding Personality Structure in the Clinical Process*, tr. it. *La diagnosi psicoanalitica: struttura della personalità e processo clinico*, Astrolabio, Roma 2012.
23. MEHLING, W. E., PRICE, C., DAUBENMIER, J. J., ACREE, M., BARTMESS, E., STEWART, A. (2012), *The Multidimensional Assessment of Interoceptive Awareness (MAIA)*, *PLOS ONE*, 7(11): e48230. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0048230>.
24. NEFF, K. D. (2011), *Self-Compassion: The Proven Power of Being Kind to Yourself*, tr. it. *La self-compassion. Il potere dell'essere gentili con se stessi*, Franco-Angeli, Milano 2019.

25. NERI, C. (2001), *Gruppo*, Borla, Roma.
26. NERI, C. (2007), La nozione allargata di campo in psicoanalisi, *Rivista di Psicoanalisi*, 1: 103-134.
27. PORGES, S. W. (2011), *The Polyvagal Theory: Neurophysiological Foundations of Emotions, Attachment, Communication, and Self-Regulation*, tr. it. *La teoria polivagale. Fondamenti neurofisiologici delle emozioni, dell'attaccamento, della comunicazione e dell'autoregolazione*, Giovanni Fioriti Editore, Roma 2014.
28. PORGES, S. W. (2020), *Clinical Applications of the Polyvagal Theory: The Emergence of Polyvagal-Informed Therapies*, tr. it. *Le applicazioni cliniche della teoria polivagale. La progressiva affermazione della teoria polivagale nelle terapie*, Giovanni Fioriti Editore, Roma 2020.
29. PORGES, S. W. (2023), *Polyvagal Safety: Attachment, Communication, Self-Regulation*, tr. it. *Sicurezza polivagale. Attaccamento, comunicazione, autoregolazione*, Giovanni Fioriti Editore, Roma 2023.
30. UGAZIO, V. (1998), *Storie permesse, storie proibite. Polarità semantiche familiari e psicopatologie*, Bollati Boringhieri, Torino. (Terza edizione aggiornata con glossario e bibliografia ragionata, 2018).
31. UGAZIO, V. (2022), *Depressioni e sistemi. Il peso della relazione*, FrancoAngeli, Milano.
32. SALAMINO, F. UGAZIO, V. (2024), *Assediati dalla colpa. Casi clinici con disturbo ossessivo compulsivo e dintorni*, Franco Angeli, Milano.
33. VASTA, F. N., GIRELLI, R. (2020), *Psicoterapia psicodinamica di gruppo e ricerca empirica. Una guida per il clinico*, Alpes Italia, Roma 2020.
34. YALOM, I. D. (1980), *Existential Psychotherapy*, tr. it. *Psicoterapia esistenziale*, Bollati Boringhieri, Torino 2009.
35. YALOM, I. D. (2000), *The Gift of Therapy: An Open Letter to a New Generation of Therapists and Their Patients*, tr. it. *Il dono della terapia*, Bollati Boringhieri, Torino 2009.
36. YALOM, I. D. (2005), *The Theory and Practice of Group Psychotherapy*, tr. it. *Teoria e pratica della psicoterapia di gruppo*, Bollati Boringhieri, Torino 2009.

Il clinico di fronte alle narrazioni deformanti delle famiglie disfunzionali

FILIPPO ROSSI

Summary – THE CLINICIAN FACED WITH THE DISTORTED NARRATIVES OF DYSFUNCTIONAL FAMILIES. In collaboratively functioning families, dialogical exchanges between parents about their representations of the child, the child's behaviors and educational choices, foster psychological development oriented toward cooperation and social interest. Conversely, in dysfunctional families, latent or overt conflicts inhibit dialogue and replace cooperation and negotiation with dynamics of antagonism and the need for unilateral validation. The clinician, immersed in divergent and distorting narratives, often finds themselves disoriented and in difficulty. But what psychological mechanisms underlie these dynamics and how can they be best managed? The case of Nicolas, a seventeen-year-old whose separated parents are involved in ongoing conflict where the mother refuses in-person meetings in the presence of her ex-partner while the latter attempts to counter these expulsive movements, serves as an example to outline a guiding framework. Indeed, this contribution examines the impact of parental distortions on the child and proposes possible stances the clinician must be able to maintain.

Keywords: DIVORCE, PARENTAL EXPECTATIONS, PARENTS

Abstract – IL CLINICO DI FRONTE ALLE NARRAZIONI DEFORMANTI DELLE FAMIGLIE DISFUNZIONALI. Nelle famiglie a funzionamento collaborativo il confronto dialogico tra genitori sulle rappresentazioni del figlio, sui suoi comportamenti e sulle scelte educative favorisce uno sviluppo psicologico orientato alla cooperazione e al sentimento sociale. Al contrario, nelle famiglie disfunzionali, conflitti latenti o manifesti inibiscono il dialogo e sostituiscono cooperazione e negoziazione con dinamiche di antagonismo e necessità di validazione unilaterale. Il clinico, immerso in narrative divergenti e deformanti spesso si ritrova disorientato e in difficoltà. Ma quali meccanismi psicologici sottendono queste dinamiche e come gestirle al meglio? Il caso di Nicolas, diciassettenne con genitori separati coinvolti in un conflitto continuo dove la madre rifiuta incontri in presenza dell'ex compagno mentre quest'ultimo cerca di opporsi a questi movimenti espulsivi, farà da esempio per tracciare una linea di orientamento. Infatti, il contributo analizza l'impatto delle distorsioni genitoriali sul figlio e propone possibili assetti che il clinico deve saper mantenere.

Parole chiave: DIVORZIO, ASPETTATIVE GENITORIALI, GENITORI

Il tema del Congresso ha offerto l'occasione per riflettere sulle distorsioni dei genitori nelle situazioni cliniche di presa in carico di bambini o adolescenti, situazioni dove si assiste a diverse configurazioni emotivo relazionali che ogni coppia presenta: si va dalle coppie sostanzialmente armoniche e sintonizzate sui bisogni e sulle caratteristiche del figlio a quelle che, pur avendo letture differenti della realtà del bambino, mantengono comunque un clima relazionale equilibrato.

Infine, sempre più frequentemente, si osservano coppie che manifestano disaccordi significativi sfociando in un vero e proprio conflitto aperto. In quest'ultimo caso le descrizioni fornite, le rappresentazioni mentali del figlio e gli atteggiamenti educativi risultano radicalmente divergenti configurando vere e proprie distorsioni. La situazione riportata nella seconda parte del testo riguarda proprio una coppia con queste caratteristiche.

Non si deve però incorrere nell'errore di pensare che le differenze di vedute e i diversi stili di approccio siano necessariamente patologici: ogni genitore, come individuo a sé stante, costruisce la sua personale idea del figlio sulla base dei propri vissuti nei confronti delle figure significative (i figli che sono stati), del proprio vissuto nelle diverse tappe evolutive e del proprio mondo fantasmatico [3, 5]. Rispetto a ciò, diversi autori di matrice psicodinamica, hanno sottolineato come ogni genitore ama o odia il proprio figlio non per ciò che realmente è, ma per un'immagine illusoria e deformata che inconsciamente si è costruito sotto l'influsso di proiezioni più o meno intense [2].

Molteplici, infatti, sono i meccanismi inconsci che agiscono nella relazione con il figlio. Si pensi ad esempio al transfert, meccanismo per il quale le emozioni legate a figure del passato vengono proiettate sul figlio, o alla proiezione narcisistica dove il genitore, spesso in modo del tutto inconsapevole, scambia il proprio bambino con una parte di sé cercando di rintracciare in lui aspetti del proprio Sé ideale.

Tali proiezioni, entro certi limiti, sono del tutto naturali - ogni genitore desidera che il figlio possa realizzare obiettivi e valori che ritiene importanti - ma possono anche raggiungere aspettative totalizzanti e controllanti. In questi casi, la relazione perde la sua dimensione evolutiva e il figlio diviene lo strumento di un riscatto narcisistico chiamato a riparare i fallimenti o le frustrazioni del genitore stesso [5].

Ciò che tuttavia si ritiene essere prioritario sul piano educativo non è la corrispondenza delle visioni tra i genitori, bensì come, nella loro dialettica conscia e inconscia, le eventuali differenze e visioni soggettive si integrano compensandosi positivamente. Quando ciò accade, al figlio è permessa un'identificazione incrociata che gli consente di accettare le differenze e costruire una personalità integrata [4]. Proprio Adler, in particolare nella trilogia dedicata all'educazione, sottolinea come l'armonia familiare e un autentico interesse condiviso per la crescita del figlio costituiscano la condizione fondamentale per uno sviluppo equilibrato della personalità.

Secondo l'autore, infatti, il sentimento sociale nasce grazie a una madre che favorisce il legame del bambino con il padre il quale a sua volta ha il compito di sostenerla [1]. È proprio questo clima di collaborazione che permette al bambino di interiorizzare un modello relazionale sano, base essenziale per la costruzione del sentimento sociale.

Nelle famiglie disfunzionali la situazione tende a complicarsi perché il confronto, che nelle realtà armoniche può avere un valore evolutivo, si trasforma in conflitto aperto. Questo tipo di scontro non lascia spazio al punto di vista dell'altro e porta a una progressiva radicalizzazione delle posizioni. In questa condizione si verifica quindi che ogni genitore è concentrato sul bisogno di prevalere sull'altro: ciascun genitore, nella sua visione privata, considera il figlio un alleato conteso, uno strumento attraverso cui confermare la propria visione.

Come osserva Richter [5] nei casi di conflittualità grave, il figlio viene investito di pretese affettive inconciliabili in cui le qualità desiderate da un genitore si pongono in netto contrasto con quelle auspiccate dall'altro fino a trasformarlo nel terreno sul quale si giocano le alleanze, le ostilità e i bisogni irrisolti dei genitori stessi.

In questo senso, Adler osservava che nei matrimoni infelici o disarmonici, madre e padre faticano reciprocamente a includere l'immagine dell'altro nella relazione con il figlio, arrivando inconsciamente a trattenerlo nel proprio mondo affettivo e alimentando dinamiche di possesso e dipendenza [1]. In tali ambienti il bambino non sviluppa capacità cooperative e finisce per costruire una visione distorta delle relazioni umane.

Si può ora introdurre la descrizione del caso clinico di un ragazzo di diciassette anni cresciuto in una configurazione familiare di acceso contrasto tra i genitori i quali spiccano per la loro visione privata e parziale del figlio.

Nicolas (nome di fantasia) secondogenito di due figli era arrivato in consultazione per difficoltà scolastiche e per un crescente disagio manifestato circa due anni prima. Tali difficoltà lo avevano portato a collezionare una prima bocciatura e contestualmente a rischiare una seconda. La situazione aveva destato preoccupazione negli insegnanti che avevano suggerito un approfondimento neuropsichiatrico. Questo successivamente aveva evidenziato un "disturbo dell'attenzione secondario a difficoltà di regolazione affettiva ed emotiva", disturbo che aveva giustificato l'avvio di un percorso psicologico accolto principalmente dalla madre che aveva preso contatto con il sottoscritto.

Fin dall'inizio la madre aveva richiesto colloqui senza la presenza del padre principalmente per il timore di sentirsi messa in una posizione di sottomissione ma anche perché riteneva che egli non avesse alcun ruolo utile nel percorso educativo di Nicolas. Tali segnali presagivano a una situazione familiare complessa che si può riassumere come segue.

I genitori di Nicolas sono separati da diversi anni e alle spalle hanno una storia segnata da conflittualità e violenze domestiche che hanno portato a procedimenti legali e l'avvio, voluto dal padre, di una lunga e faticosa battaglia per l'affido congiunto, regime non risolutivo e causa di frequenti scontentezze. Inoltre le loro comunicazioni di coppia erano peggiorate a causa dalle divergenze di vedute sul figlio.

Il versante materno era costituito da una madre fortemente sintonizzata con i vissuti d'ansia del figlio che descriveva come un ragazzo buono, gentile, altruista e profondamente interessato agli altri, ma anche come vittima di un sistema sbagliato come quello della scuola che scoraggia o del padre che non lo capisce. Essa faceva emergere il suo bisogno di essere presente con un atteggiamento eccessivamente accudente, non lasciando al ragazzo lo spazio di sperimentare forme di autonomia e autoaffermazione.

Tale visione si traduceva, sul piano relazionale, in un atteggiamento di sostituzione continua che portava la madre ad anticipare o risolvere per il figlio le difficoltà nel tentativo di risparmiargli ogni sofferenza. Si individua facilmente, come ben descritto da Adler, l'atteggiamento educativo viziante.

Il padre, dal canto suo – non certo disinteressato alla situazione del figlio come descritto dalla madre, ma molto frustrato per l'esclusione – vedeva Nicolas disimpegnato e non autonomo e proponeva un modello educativo centrato sull'assunzione della responsabilità. Ad esempio si opponeva alla certificazione BES interpretandola come una “scappatoia” che avrebbe rinforzato il disimpegno e i suoi blocchi.

Per lui Nicolas mancava solo d'impegno. Egli, sebbene dicendo cose di buon senso, appariva guidato da un bisogno narcisistico di riconoscersi come “buon padre” (essendo lui figlio di genitori separati e con un padre assente) e di andare contro allo stile iperprotettivo della madre, non considerando i sentimenti di inadeguatezza maturati nel figlio e rifiutando i suoi aspetti di dipendenza e fragilità.

Nonostante una situazione complessa è stato possibile iniziare una psicodiagnosi che ha fatto emergere i seguenti aspetti della personalità del ragazzo.

Nicolas nei confronti del terapeuta si poneva con imbarazzo che tuttavia non gli impediva di parlare di sé e delle sue questioni con un tono sofferente e affaticato. Raccontava delle sue ansie di fronte alle prove scolastiche, dei facili scoraggiamenti quando qualcosa non gli riusciva fin da subito e della sua tendenza ad arrabbiarsi rapidamente.

Questo avveniva soprattutto nei conflitti con i compagni che, prendendolo in giro, scatenavano la sua rabbia che non agiva o sfruttava per difendersi. Il ragazzo riconosceva di incontrare difficoltà anche in gesti quotidiani come ordinare qualcosa al bar o il decidere quale pizza scegliere. In queste situazioni il blocco era dovuto a emozioni di vergogna che lo portavano a chiedere alla ragazza di sostituirlo. Infine provava molta vergogna per la bocciatura subita e temeva di essere nuovamente respinto.

Non emergono indicazioni di un vero e proprio progetto di vita: al momento, pensava semplicemente di orientarsi verso un percorso scolastico più semplice. Infine, nei momenti di solitudine il giovane era assalito da forti rabbie.

Tutti questi elementi indicano il profondo scoraggiamento interiorizzato dal ragazzo emerso anche dalla testistica. Tali indagini riflettono in sostanza una costruzione funzionale e un forte ancoraggio a uno stile di vita poco orientato alla crescita e alla transizione verso l'età adulta: le chiome dei suoi alberi sono piccole, schiacciate e aggrovigliate; disegna una famiglia al tempo prima della separazione e contenuti al Test di Wartegg ancorati a ricordi belli del passato; i personaggi di identificazione nelle storie del TAT sono infantili, aspirano al divertimento e al gioco e vivono con angoscia e fatica il senso del dovere, personaggi non autonomi che hanno bisogno di appoggio di figure femminili accoglienti e funzionali a far passare la propria rabbia. Le figure maschili invece sono più svalutate e non in grado di sintonizzarsi con le sue rabbie. Le considerazioni che ora si avanzano riguardano la situazione relazionale ed emotiva dei terapeuti che dovrebbero essere coinvolti nel progetto di cura.

La situazione, considerata nel suo insieme, ha suggerito l'intervento di due terapeuti: uno dedicato alla costruzione della relazione con Nicolas e un secondo concentrato sui genitori attraverso colloqui separati. Una dimensione emotiva fondamentale per entrambi i terapeuti doveva essere l'equidistanza rispetto alle posizioni dei genitori. In una situazione di conflitto è normale che ciascun genitore desideri percepire che il terapeuta "penda" dalla propria parte e svaluti l'altro. Nel caso specifico, le tendenze manipolative della madre risultavano più evidenti, ma anche il padre, seppur in maniera meno manifesta, poteva perseguire lo stesso scopo.

Nel percorso così delineato e in situazioni simili, l'obiettivo a lungo termine dovrebbe essere quello di portare i genitori a riconoscere le caratteristiche del figlio riducendo progressivamente le personali distorsioni. Successivamente essi dovrebbero conquistare la consapevolezza dei fattori che portano un adolescente a sentirsi più sicuro e desideroso di individuare la propria identità. La madre dovrebbe essere aiutata a riconoscere l'inutilità dell'educazione viziante e il padre ad ammorbidire la propria rigidità identificando le emozioni del figlio. Una prevedibile difficoltà potrebbe riguardare il desiderio di entrambi di vedere in breve tempo nei comportamenti di Nicolas qualche movimento in linea con le loro aspettative e, non vedendole realizzate, interrompere il lavoro del necessario cambiamento. Il terapeuta dovrebbe prevedere questi rischi e prevenire il drop out con interventi direttivi.

La situazione terapeutica di Nicolas, invece, ha evidenziato il rischio che il terapeuta divenga egli stesso una proiezione del genitore il quale dice cosa fare senza tenere conto della sua debole strutturazione e dei contemporanei bisogni di accoglienza e di incoraggiamento. È questa una strada che può portare nel gioco di alleanze e schieramenti che caratterizza il contesto familiare.

Evitare queste trappole è possibile solo se il terapeuta assume un ruolo diverso, un ruolo che, senza demonizzare i modelli genitoriali, porti il ragazzo a interrogarsi su chi egli sia nel mondo, su quali siano i suoi desideri e le sue idee rielaborando le paure interiorizzate; un lavoro di accompagnamento nel racconto di sé fatto in un contesto relazionale nuovo - non proiettivo, non prescrittivo - ma capace di offrirgli uno spazio in cui possa riconoscersi, riflettersi e gradualmente individuare la propria posizione per vivere con più tranquillità il confronto con l'autorità e le difficoltà. Il terapeuta, in questi casi, dovrebbe diventare modello nuovo di cooperazione che possa da un lato accoglierlo ma anche offrirgli visioni nuove e incoraggianti che vadano gradualmente oltre le sue tendenze evitanti e restituiscano in lui la sensazione di autoefficacia.

Bibliografia

1. ANSBACHER, H. L., ANSBACHER, R. R. (1956), *The Individual Psychology of Alfred Adler*, tr. it. *La Psicologia Individuale di Alfred Adler*, Martinelli, Firenze 1997.
2. BOSSARD, J. H. S. (1948), *The Sociology of Child Development*, tr. it. *Sociologia dello sviluppo infantile*, (ed. ridotta a cura di BOTTINI, A.) Franco Angeli, Milano 1976.
3. NANZER, N. (a cura di, 2012), *Manuel de psychothérapie centrée sur la parentalité*, tr. it. *Manuale di psicoterapia centrata sulla genitorialità*, Raffaello Cortina, Milano 2016.
4. NICOLÒ, A. M., ZAMPINO, F. (2002), *Lavorare con la famiglia. Osservazioni e tecniche di intervento psicoanalitico*, Carocci, Roma.
5. RICHTER, H. E. (1997), *Eltern, Kind und Neurose*, tr. it. *Genitori, bambino e nevrosi. Conflitti parentali e ruolo dei figli*, Rusconi Libri, Milano 1997.

Specchi deformanti, specchi rotti e il ruolo della psicoterapia nel lavoro sul trauma: la storia della terapia con Samuel

CHIARA SCARATTI

Summary – DISTORTING MIRRORS, BROKEN MIRRORS, AND THE ROLE OF PSYCHOTHERAPY IN TRAUMA TREATMENT: THE THERAPEUTIC WORK WITH SAMUEL. Traumatic events can not only create distorting mirrors that shape one's narrative of the Self, of others, and of the world, but can also at times cause real ruptures in this narrative. Childhood traumas in particular - such as those involving abandonment or severe emotional deprivation within the family constellation - deeply affect the formation of identity and lifestyle, producing fractures and profound voids. Sometimes, the possibility of healthy mirroring is lacking, and this is precisely what enables a person to perceive the world as a place where they can feel recognized, welcomed, and loved. The story of Samuel, a 15-year-old boy, is a story of trauma and abandonment in multiple forms. It is the interweaving of generational trauma, tied to events that occurred before his birth, and familial trauma: separation from his country of origin, abandonment linked to the violent death of one parent and the emotional absence of the other. Yet it is also a story of hope, of a thread that begins fragile and confused and gradually becomes a path toward rebirth and the possibility of repair. It is the story of a psychotherapy that starts from the only language initially available to Samuel - the symbolic language of fantasy and imagination - and turns into a shared journey of new forms of mirroring. It is a story of patience and respect for timing, of care and waiting, that allows for the development of a profound therapeutic relationship through which the unspeakable can be faced and ancient wounds can be repaired.

Keywords: DEVELOPMENTAL TRAUMA, PSYCHOTHERAPY, MIRRORING

Abstract – SPECCHI DEFORMANTI, SPECCHI ROTTI E IL RUOLO DELLA PSICOTERAPIA NEL LAVORO SUL TRAUMA: LA STORIA DELLA TERAPIA CON SAMUEL. Eventi traumatici hanno il potere non solo di creare specchi deformanti che influiscono sulla narrazione di sé, degli altri e del mondo, ma anche di causare a volte delle vere e proprie rotture di questa narrazione. Soprattutto i traumi infantili, come quelli legati all'abbandono o alla presenza di gravi carenze affettive all'interno della costellazione familiare, incidono fortemente sulla formazione dell'identità e dello stile di vita, causando delle fratture e dei vuoti profondi. Talvolta viene a mancare la possibilità di un rispecchiamento sano, che è ciò che consente di percepire il mondo come un luogo in cui potersi sentire riconosciuti, accolti e amati. La storia di Samuel, un ragazzo di 15 anni, è una storia di traumi e di abbandoni di diverso tipo. È l'intreccio di traumi generazionali, che riguardano eventi avvenuti prima della sua nascita, e traumi familiari, di separazioni dal proprio Paese di origine, di abbandoni dovuti alla morte violenta di un genitore e all'assenza emotiva dell'altro. Ma è anche una storia di speranza, di un filo all'inizio molto debole e confuso che diventa rinascita e possibilità di riparazione. È la storia di una psicoterapia che parte dall'unico linguaggio inizialmente possibile per Samuel, quello simbolico, della narrazione fantastica e dell'immaginazione e si trasforma in un viaggio condiviso fatto di nuovi rispecchiamenti.

Una storia di pazienza e di rispetto dei tempi, di cura e di attesa, che porta all'instaurarsi di una relazione profonda che rende possibile affrontare l'indicibile e riparare ferite antiche.

Parole chiave: TRAUMA EVOLUTIVO, PSICOTERAPIA, RISPECCHIAMENTO

Introduzione

Il trauma in età evolutiva rappresenta una delle esperienze più profonde e pervasive in grado di influenzare lo sviluppo della persona e la costruzione del suo stile di vita. Le ferite vissute nei primi anni non si limitano a eventi dolorosi isolati, ma si inscrivono nel modo in cui il soggetto percepisce sé stesso, gli altri e il mondo. In particolare, gravi carenze nelle relazioni primarie con le figure di accudimento possono ostacolare la formazione di una visione integrata e coerente di sé, determinando la strutturazione di uno stile di vita disarmonico e disadattivo, potenzialmente generatore di quadri psicopatologici [15].

La relazione psicoterapeutica con persone che hanno vissuto questo tipo di esperienze traumatiche diventa non soltanto uno spazio di cura, ma anche il luogo in cui tali tracce antiche riemergono e possono finalmente essere comprese, accolte e trasformate. Il presente contributo si propone di approfondire questa tematica sia attraverso alcuni riferimenti teorici, sia mediante un approccio clinico ed esperienziale, presentando il caso di Samuel. Il percorso terapeutico di Samuel, incontrato all'età di 15 anni, illustra come la ricostruzione di un legame di fiducia - fondato sull'esperienza relazionale più che sulle sole parole - diventi lo strumento fondamentale, e in ultima analisi la cura stessa, nel trattamento delle conseguenze di un trauma plurimo.

I. Il trauma come “specchio rotto”

Van der Kolk definisce il trauma non come un semplice evento doloroso, ma come un'esperienza che eccede la capacità dell'individuo di elaborarla e integrarla nel proprio senso di sé [21], inducendo sentimenti di impotenza, perdita di controllo e minaccia all'integrità della coscienza [14]. In questa prospettiva, il trauma costituisce una frattura nella continuità dell'esperienza soggettiva e relazionale.

Il suo impatto può essere compreso come un'esperienza estrema di inferiorità, contro la quale l'individuo tenta di preservare il proprio benessere attraverso “espedienti rafforzati di salvaguardia” [3, 17]. In condizioni traumatiche il cervello entra in uno stato di difesa biologica estrema - attacco, fuga o immobilizzazione - che, se protratto, altera il normale funzionamento dei sistemi neurofisiologici deputati alla regolazione emotiva [21]. Il trauma, dunque, non è “solo nella mente”, ma si radica nel corpo e nei circuiti neurali.

L'esperienza traumatica tende infatti ad essere codificata soprattutto a livello implicito, attraverso sensazioni, immagini e schemi corporei, piuttosto che sotto forma di narrazione coerente [19, 6]. Per questo molte persone traumatizzate non riescono a raccontare l'accaduto, ma lo rivivono nel corpo. Tale fenomeno è alla base dei processi di dissociazione, intesa non come fuga dalla realtà, bensì come scissione funzionale tra diversi sistemi di memoria e percezione di sé [19]. La dissociazione rappresenta un meccanismo di sopravvivenza che protegge l'individuo dall'impatto emotivo dell'esperienza, ma al costo di una perdita di integrazione tra corpo, emozione e coscienza.

II. Il trauma evolutivo e il suo impatto

Oltre ai traumi acuti, ovvero eventi singoli e improvvisi, vi sono traumi cronici, esperienze ripetute e prolungate nel tempo. Vengono definiti traumi complessi o evolutivi quell'insieme di esperienze traumatiche croniche o reiterate che avvengono durante l'infanzia e influenzano profondamente la costruzione del sé e delle relazioni affettive [20]. In questi casi il trauma non deriva da un singolo evento, ma da una condizione relazionale persistente di insicurezza e disconnessione.

Tale forma di trauma non si limita a esperienze eclatanti come abusi o violenze, ma include vissuti sottili e cumulativi quali trascuratezza affettiva, carenze nelle cure, conflitti familiari persistenti o assenza di figure di riferimento affidabili. La specificità del trauma complesso in età evolutiva risiede nella sua insorgenza precoce, spesso all'interno delle relazioni primarie, dove le figure che dovrebbero offrire protezione diventano esse stesse fonte di minaccia [4]. Questo genera un conflitto interno irrisolvibile tra la naturale tendenza del bambino a cercare vicinanza e l'istinto di difesa [8], compromettendo la sua capacità di sviluppare fiducia.

Una forma traumatica particolarmente insidiosa è la trascuratezza emotiva, spesso la meno visibile, ma anche la più cronica espressione di abuso infantile. Essa è definita come una deformazione dell'accudimento caratterizzata da un deficit di reciprocità emotiva, in cui i bisogni del bambino vengono svalutati o disconfermati, rendendo l'ambiente "invalidante" [14].

Dal punto di vista della Psicologia Individuale, il trauma evolutivo è un'esperienza interiorizzata che altera lo schema appercettivo dell'individuo - ovvero l'opinione che egli ha di sé e del mondo - e può compromettere profondamente il suo piano di vita. Adler ha in proposito sottolineato come non sia l'evento in sé a determinare gli esiti psicologici, ma il significato che il bambino vi attribuisce e il modo in cui lo integra nel proprio stile di vita [2]. A livello clinico queste esperienze compromettono la capacità di autoregolazione emotiva, di fiducia e di empatia, aspetti centrali nello sviluppo del Sentimento Sociale [1].

La ferita traumatica si manifesta spesso come impossibilità di sentirsi al sicuro in presenza dell'altro; in questa prospettiva, la guarigione richiede la ricostruzione di esperienze relazionali correttive e di sicurezza [21].

III. Il lavoro terapeutico sul trauma come possibilità di riparazione e costruzione di nuovi rispecchiamenti

Il trauma evolutivo costituisce, come descritto, un fattore critico nello sviluppo socio-emotivo dell'individuo e può influenzare profondamente la qualità delle relazioni adulte [21]. Esperienze traumatiche precoci contribuiscono infatti alla formazione di schemi relazionali disfunzionali, caratterizzati da sfiducia, ipervigilanza e difficoltà nella regolazione emotiva [9]. Questi modelli, profondamente radicati, tendono a riattivarsi anche nella relazione terapeutica manifestandosi come resistenze, evitamento, ritiro, idealizzazione, diffidenza o comportamenti di "testing" dell'affidabilità del terapeuta [11].

In questa cornice, il terapeuta è chiamato a diventare un testimone empatico e contenitivo, capace di offrire una nuova esperienza relazionale correttiva. La costruzione della fiducia può essere lenta, poiché il paziente osserva, prova e misura la disponibilità del terapeuta. Tuttavia è proprio attraverso questa gradualità che la relazione assume una funzione riparativa: ogni momento di connessione autentica costituisce un tassello nella ricostruzione del senso di sicurezza.

L'attenzione terapeutica si sposta dal "racconto del trauma" all'esperienza incarnata del trauma. Il linguaggio, da solo, non basta per guarire [21]: la mente razionale del paziente può riconoscere ad esempio che l'evento è concluso, ma il suo corpo continua a reagire come se la minaccia fosse ancora presente. Questa prospettiva si avvicina al pensiero adleriano, che valorizza l'unità psicosomatica dell'individuo e la dimensione relazionale del disagio. La guarigione non può quindi avvenire se la persona rimane isolata o scollegata dal proprio corpo e dalle sue relazioni significative [2, 21]. In questo processo il controtransfert del terapeuta costituisce uno strumento prezioso, sebbene complesso.

Il terapeuta può sentirsi impotente, frustrato o sopraffatto dalla sofferenza del paziente, oppure coinvolto in intense dinamiche di accudimento o salvataggio. La consapevolezza di tali reazioni interne, lungi dall'essere un ostacolo, è una chiave fondamentale per comprendere la profondità del trauma e i suoi effetti nella relazione. È dunque essenziale che il terapeuta sviluppi competenze specifiche nel riconoscere e gestire il controtransfert, trasformando potenziali ostacoli in strumenti di comprensione della sofferenza del paziente [12]. Questo è possibile solo se il terapeuta è capace di mettere in gioco anche parti di sé nella relazione (self-disclosure) [4].

L'esperienza ripetuta di fiducia e accoglienza empatica nella relazione terapeutica può costituire un'esperienza correttiva rispetto ai traumi infantili. Studi clinici documentano in proposito come una relazione sicura favorisca la ricostruzione di un senso di sé stabile e la capacità di regolazione emotiva [13, 18]. Inoltre l'attaccamento sicuro sviluppato in terapia può ridurre i sintomi dissociativi e ansiosi legati a traumi precoci [16].

La relazione terapeutica si configura infatti come una nuova relazione di attaccamento capace di ristrutturare la memoria procedurale implicita relativa ad esso [4, 6].

La qualità dell'alleanza terapeutica risulta in questo processo un elemento fondamentale. L'empatia, per l'approccio adleriano, rappresenta il "cuore della relazione psico-terapeutica" e la comprensione empatica si interiorizza proprio a livello procedurale, implicito e inconscio, attraverso gli aspetti non verbali dello scambio [10].

Il lavoro terapeutico non si limita quindi alla rievocazione dei ricordi traumatici, ma si concentra sulla ristrutturazione del significato delle esperienze [5], diventando uno spazio in cui il paziente può integrare emozioni, pensieri e memorie frammentate, migliorando la coerenza interna del Sé [21].

L'obiettivo finale della terapia, in ottica adleriana, è la maturazione dello stile di vita del paziente e l'integrazione delle parti scisse della personalità in un'identità unitaria [17]. Il concetto di "crescita post-traumatica" (Post-Traumatic Growth) conferma l'idea che da esperienze di paura e dolore possano emergere cambiamenti significativi, conducendo a una nuova "normalità" e a un rinnovato senso di sé [7].

IV. *La storia di Samuel*

Samuel è un ragazzo di 15 anni nato in un piccolo paese dell'est Europa da padre italiano e madre locale. La sua storia familiare è segnata fin dall'inizio da instabilità emotiva e dinamiche traumatiche.

Il padre di Samuel, cresciuto in una famiglia benestante, vive in gioventù un grave incidente stradale in cui la sorella perde la vita e che comporta per lui l'amputazione di una gamba e una disabilità fisica permanente. Questa esperienza lo destabilizza profondamente: attraversa una fase di dipendenza da alcol e, dopo un percorso riabilitativo, decide di trasferirsi all'estero in cerca di una nuova vita. Lì incontra la madre di Samuel.

La relazione tra i genitori è breve e turbolenta. Ben presto emergono difficoltà significative legate alla salute mentale e alla tossicodipendenza della madre, descritta come affetta da un disturbo psichiatrico importante e con frequenti ricoveri e incarcerazioni. Nonostante la separazione, il padre rimane nel Paese d'origine del figlio per cercare di ottenerne la custodia, processo che richiede anni.

Fino ai dieci anni, Samuel rimane dunque nel suo Paese natale, vivendo alternativamente con la madre, in condizioni di grave trascuratezza emotiva e materiale, e con il padre, in un contesto di maggior ricchezza e privilegi sociali.

Samuel si confronta dunque da un lato con povertà, caos domestico, e una figura materna incoerente e profondamente instabile, spesso incapace di occuparsi di lui.

È esposto a situazioni di degrado e isolamento, con ripetute segnalazioni ai servizi sociali e alle autorità. Dall'altro lato sperimenta la presenza più solida del padre, con cui vive però un'educazione di tipo viziante, caratterizzata da comodità materiali e permissività.

Durante questo periodo, il padre forma una nuova famiglia e Samuel sviluppa un legame significativo con la nuova compagna e il figlio di quest'ultima, sentito come un fratello. A dieci anni, ottenuta la custodia, il padre porta Samuel con sé e la nuova famiglia in Italia. Il trasferimento coincide con l'ingresso in una nuova scuola e in una nuova cultura e rappresenta un profondo distacco dalle sue radici e figure di riferimento iniziali.

Dopo un periodo di apparente stabilità, la nuova compagna del padre si allontana improvvisamente, interrompendo ogni contatto. Samuel perde quindi repentinamente sia una figura materna sostitutiva sia il fratellastro acquisito, senza possibilità di saluto o contatti successivi.

Pochi mesi dopo, avviene un altro evento altamente traumatico: durante una gita al mare, il padre ha un malore e annega, senza che Samuel, pur chiamando aiuto, riesca a salvarlo.

Samuel viene quindi affidato ai nonni paterni, che vivono in una cittadina del nord Italia, che decidono di fargli intraprendere un percorso di psicoterapia per aiutarlo ad affrontare la situazione.

V. La psicoterapia con Samuel: un viaggio dalla paura alla fiducia

La storia di Samuel si configura come fortemente traumatica a molteplici livelli, caratterizzata da trascuratezza precoce, instabilità affettiva, conflitti drammatici tra le figure di accudimento, allontanamento dal suo Paese di origine, separazioni e abbandoni ripetuti, improvvisi e irreparabili, tra cui - per ultimo - quello legato alla morte del padre.

L'avvio della terapia è vissuto da Samuel come un'imposizione e un obbligo; il ragazzo arriva in seduta diffidente e chiuso, dichiarando apertamente di non voler parlare e di non fidarsi, soprattutto delle figure femminili. Il suo corpo comunica prima delle parole: la sua postura è rigida, le braccia conserte, non si toglie neppure la giacca.

La prima fase della psicoterapia si concentra principalmente sulla relazione. Il gioco, la narrazione fantastica e l'immaginazione sono gli unici canali accessibili per Samuel. Il ragazzo inizialmente ha bisogno di controllare rigidamente la scena: dirige il gioco, impone le regole, rifiuta categoricamente alcune attività.

Chiede alla terapeuta reciprocità, di mettersi anch'essa in gioco, di disegnare con lui, di raccontare e di scrivere con lui, di farsi conoscere insieme e accanto a lui. La terapeuta accoglie questo bisogno ed entra gradualmente nel suo linguaggio narrativo, cogliendolo come via d'accesso protetta al suo mondo interno. Nei primi mesi di psicoterapia Samuel e terapeuta inventano storie, scrivono trame e disegnano mondi immaginari, apparentemente scollegati dalla realtà che vive Samuel, ma ricchi di elementi simbolici profondi.

Progressivamente emergono alcuni segni di fiducia; Samuel è più sciolto, più a suo agio nello spazio della terapia, spesso porta da casa piccoli pensieri per la terapeuta, comincia ad accennare a ricordi del Paese d'origine, osserva le reazioni della terapeuta. Ogni apertura è seguita da un rapido ritiro, ma la continuità del legame si consolida.

Con il tempo Samuel abbandona il linguaggio totalmente simbolico della narrazione fantastica e inizia a parlare della sua quotidianità: la scuola, le amicizie, il calcio, il corpo che cambia e i conflitti familiari con i nonni. Comincia a percepire la terapeuta come una figura alleata, capace di proteggerlo da pressioni esterne e rispettosa dei suoi tempi, offrendo un luogo psicologico distinto dalla famiglia.

Gradualmente emergono temi ancora più profondi, come quelli legati alla sua differente origine culturale, al rapporto ambivalente con la madre biologica, rimasta nel suo paese natio, a storie di legami perduti fino ad arrivare ad un iniziale e possibile confronto con le proprie emozioni.

Samuel sceglie di dedicare un progetto scolastico alla sua cultura d'origine, includendo musica, fotografie e parole della sua infanzia, segnale emblematico di una possibile riconnessione con la propria storia e di integrazione narrativa.

Manifesta inoltre un interesse crescente per la psicologia, riconoscendo implicitamente il valore della relazione terapeutica.

Successivamente avviene l'ultima grande apertura, relativa alla figura del padre e alla sua morte. Samuel non affronta il tema direttamente, ma lo fa in modo metaforico e potente, consegnando alla terapeuta un tema scritto in cui esprime tutta la sua sofferenza, colpa, rabbia e volontà di aprirsi. "Ti affido qualcosa che non so dire" è la frase simbolica che accompagna il gesto.

Come per altre aperture in passato questa profonda condivisione emotiva viene seguita da momenti di evitamento, ma il passaggio da indicibile a nominabile è avvenuto. La possibilità di dire il dolore, anche indirettamente, si fa testimone dell'elaborazione in corso.

VI. Conclusioni

Il trauma infantile, specialmente nella sua forma complessa e cumulativa, rappresenta una ferita relazionale che compromette profondamente lo sviluppo affettivo, cognitivo e l'identità. Esso incide sulla neurobiologia del cervello, alterando i sistemi di memoria e disregolando la risposta allo stress.

Tuttavia il trauma non determina in modo irreversibile il destino dell'individuo; attraverso un accompagnamento empatico e la costruzione di un'alleanza sicura e fiduciosa il terapeuta può agire come regolatore interattivo [17].

In questo processo, la fiducia e la pazienza sono cruciali, permettendo al paziente di trasformare il vissuto di frammentazione e disconnessione in una traiettoria di resilienza, crescita e Sentimento Sociale.

Il cuore del lavoro terapeutico con Samuel è stato proprio il tema del tempo e della pazienza. La psicoterapia non si è incentrata tanto sulle parole, ma sull'esperienza e sulla relazione. La fiducia e l'incoraggiamento si costruiscono infatti stando accanto al paziente anche quando si chiude, arretra o ha paura.

Le separazioni (anche quelle legate alle vacanze o a brevi interruzioni) erano per Samuel momenti delicati, che richiedevano ogni volta un lavoro di riaggancio e di riconferma del legame. Samuel ha appreso così progressivamente che una pausa non coincide con una perdita irreparabile e che è possibile un legame sicuro che può vivere ed interiorizzare.

Questo approccio di accoglienza, rispetto e presenza può essere ritenuto il vero elemento trasformativo e motore del cambiamento avvenuto.

Il lavoro terapeutico sul trauma, come dimostrato dal caso di Samuel, non si limita solo a "ricordare" ciò che è accaduto, ma permette di dare forma e significato a esperienze che spesso non hanno trovato parole. Attraverso la relazione terapeutica, il paziente può sperimentare un nuovo modo di essere in contatto con sé stesso e con l'altro: un incontro basato sulla fiducia, sul rispetto e sulla possibilità di sentirsi finalmente visto e compreso.

Il lavoro terapeutico diventa così un percorso di riconnessione: con la propria storia, con le proprie emozioni, con la capacità di affidarsi. In questo spazio di incontro la relazione terapeutica diventa non solo lo strumento, ma anche la cura stessa.

Bibliografia

1. ADLER, A. (1931), *What Life Should Mean to You*, tr. it. *Cosa la vita dovrebbe significare per voi*, Newton Compton, Roma 1977.
2. ADLER, A. (1933), *Der Sinn des Lebens*, tr. it. *Il Senso della vita*, Newton Compton, Roma 1997.
3. ANSBACHER, H. L., ANSBACHER, R. R. (1956), *The Individual Psychology of Alfred Adler*, tr. it. *La Psicologia Individuale di Alfred Adler*, Martinelli, Firenze 1997.
4. BIANCONI, A., DEL NOCE, M. S. (2012), Trattamento psicoterapeutico di soggetti con traumi precoci, *Riv. Psicol. Indiv.*, 72: 93-121.
5. BRIERE, J., SCOTT, C. (2015), *Principles of Trauma Therapy: A Guide to Symptoms, Evaluation, and Treatment*, SAGE Publications, New York.
6. CAIRO, E. (2018), Trauma e Attaccamento: considerazioni teorico-tecniche per un intervento articolato di Psicoterapia Psicodinamica Adleriana (APP), *Riv. Psicol. Indiv.*, 83: 37-55.
7. CALHOUN, L. G., TEDESCHI, R. G. (a cura di, 2006), *Handbook of Post-traumatic Growth: Research and Practice*, Erlbaum Associates, Mahwah (N.J.).
8. CASSIDY, J., MOHR, J. J. (2001), Unsolvable Fear, Trauma, and Psychopathology: Theory, Research, and Clinical Considerations Related to Disorganized Attachment across the Life Span, *Clin. Psychol. Sci. Pr.*, 8: 275-298.
9. CICHETTI, D., TOTH, S. L. (2005), Child Maltreatment, *Annual Review of Clinical Psychology*, 1: 409-438.
10. FASSINO, S. (2009), Empatia e strategie dell'incoraggiamento nel processo di cambiamento, *Riv. Psicol. Indiv.*, 66: 15-19.
11. FONAGY, P. (2001), *Attachment Theory and Psychoanalysis*, Routledge, London.
12. GELSO, C. J., HAYES, J. A. (2007), *Countertransference and the Therapist's Inner Experience: Perils and Possibilities*, Erlbaum Associates, Mahwah (N.J.).
13. HERMAN, J. L. (1992), *Trauma and Recovery*, Basic Books, New York.
14. LAGUZZI, S., MARCONETTO, F. (2018), Trauma psichico, cumulativo, di natura interpersonale, tra definizioni e contesto clinico, *Riv. Psicol. Indiv.*, 83: 9-36.
15. LERDA, G. S., CAVALLI, E. (2025), Gli effetti profondi del trauma precoce nella costruzione del senso di sé: una introduzione alla dissociazione in età evolutiva, *Riv. Psicol. Indiv.*, 96: 63-89.
16. LIOTTI, G., FARINA, B. (2011), *Sviluppi traumatici. Eziopatogenesi, clinica e terapia della dimensione dissociativa*, Raffaello Cortina, Milano.
17. MILLAR, A. (2018), Trauma, connessione e recupero, *Riv. Psicol. Indiv.*, 83: 57-72.
18. SCHORE, A. N. (2003), *Affect Dysregulation and Disorders of the Self*, W.W. Norton & Company, New York.
19. VAN DER KOLK, B. A., FISLER, R. (1995), Dissociation and the Fragmentary Nature of Traumatic Memories: Overview and Exploratory Study, *Journal of Traumatic Stress*, 8(4): 505-525.

Specchi deformanti, specchi rotti e il ruolo della psicoterapia nel lavoro sul trauma:
la storia della terapia con Samuel 415

20. VAN DER KOLK, B. A. (2005), Developmental Trauma Disorder: Toward a Rational Diagnosis for Children with Complex Trauma Histories, *Psychiatric Annals*, 35(5): 401- 408.

21. VAN DER KOLK, B. A. (2014), *The Body Keeps the Score*, tr. it. *Il corpo accusa il colpo*, Raffaello Cortina, Milano 2015..

Coccoliamoci: la paternità nel mondo perinatale

LUCA SOREGAROLI

Summary – NURTURING OURSELVES: FATHERHOOD IN THE PERINATAL PERIOD. This article presents a descriptive and bibliographic exploration of the field of perinatality, with particular focus on the role, emotional dynamics, and meanings of fatherhood. The work aims to highlight a contemporary clinical issue of increasing social relevance. Perinatality—an essential developmental phase for the formation of the Self—relies heavily on implicit memory. Research in this area has shown that pre- and postnatal experiences enable non-verbalizable and non-representable affective states to become integrated into the Self's foundational structure. Recent studies have underscored the crucial role of fathers from the earliest stages of pregnancy, revealing their influence on the family system, maternal mental health, and the psychological and physical development of their children. Moreover, fathers appear to experience perinatal affective disorders at rates nearly comparable to those of mothers. These conditions, often associated with the demands of caring for the newborn, have significant implications for paternal psychological well-being. Among the most notable disorders is Paternal Perinatal Depression (PPND), referring to depressive symptomatology emerging between pregnancy and the child's first year of life: 10% of new fathers may be affected. To contextualize contemporary scientific findings, the article also examines points of convergence between empirical research and Adlerian theory, particularly regarding themes of inadequacy, inferiority feelings, encouragement, and social interest. Finally, the article outlines a group-based intervention designed for new fathers.

Keywords: PERINATALITY, FATHERHOOD, PATERNAL PERINATAL DEPRESSION

Abstract – COCCOLIAMOCI: LA PATERNITÀ NEL MONDO PERINATALE. La comunicazione presenta un lavoro descrittivo e bibliografico sul mondo della perinatalità. All'interno della comunicazione si inseriscono, in particolare, il ruolo, le dinamiche emozionali e i significati della paternità. Tale presentazione ha l'obiettivo di far conoscere un attuale tema clinico di interesse sociale. L'esperienza della perinatalità, momento primario della formazione del Sé, si avvale della memoria implicita: tale oggetto di studio ha permesso agli scienziati di scoprire come i momenti pre e post-parto, permettano ai vissuti, non pensabili e non verbalizzabili, di entrare a far parte del patrimonio del Sé. Le recenti ricerche hanno evidenziato il ruolo cruciale del padre sin dall'inizio della gravidanza: influenza il sistema familiare, la salute mentale della madre e lo sviluppo psicologico e fisico dei figli. Inoltre, lo stesso padre tenderebbe a manifestare disturbi affettivi perinatali con una frequenza quasi uguale a quella delle madri. Queste alterazioni sembrano favorite dal prendersi cura del neonato e influenzano inevitabilmente anche la salute psicologica del padre. Fra i disturbi affettivi perinatali paterni di rilievo troviamo la Depressione Perinatale Paterna, termine che fa riferimento alla manifestazione nel padre di un quadro depressivo nel periodo compreso tra la gravidanza e il primo anno dopo la nascita del figlio: colpisce, a livello mondiale, circa il 10% dei neo-padri.

A sostegno del lavoro di esposizione della letteratura scientifica attuale, verranno, inoltre, presentate le connessioni fra la ricerca e l'approccio adleriano. In particolare i temi dell'inadeguatezza, del senso di inferiorità, dell'incoraggiamento, del sentimento sociale troveranno alternanza con i quadri scientifici attuali. Infine, verrà proposta un'esperienza gruppale con neo-padri.

Parole chiave: PERINATALITÀ, PATERNITÀ, DEPRESSIONE PERINATALE PATERNA

*“Immagino il padre
come una ringhiera che segnala un limite
e al tempo stesso protegge dal rischio di cadere.
Ma la ringhiera è magica.
L'amore l'arrotonda
fino a trasformarla in un ponte”*

(Massimo Gramellini, *Prima che tu venga al mondo*)

Premesse

La comunicazione qui riportata parte da due binari paralleli presenti nella mia attuale vita: la passione professionale per il mondo perinatale e pediatrico e il ruolo passionale di padre a cui sono giunto circa tre anni e mezzo fa. Questi due binari, paralleli e apparentemente separati, si sono, in realtà, avvicinati, fianco a fianco, nel corso di questi ultimi anni e hanno deciso, dentro di me, di viaggiare nella stessa direzione al fine di fornire strumenti di riflessione e di emozionalità sia nel mestiere di psicoterapeuta sia nell'esperienza di papà.

Questa curvatura dei binari mi ha permesso di svolgere, all'interno dei servizi con cui collaboro (consultori privati accreditati) e nel mio studio privato, attività e formazioni legate al mondo perinatale: incontrare neo-genitori, neo-papà, neo-mamme, da soli o con i loro piccoli o le loro piccole. L'avvicinamento esperienziale alla psicologia perinatale è sempre più divenuto esigenza formativa, tanto che nel 2024 ho deciso di iscrivermi al Corso di Alta Formazione in Psicologia Perinatale & Care promosso dalla Società di Psicoanalisi della Relazione di Milano. Questa formazione mi ha permesso di leggere in modo scientifico e dinamico, mediante strumenti teorici e professionali, l'area delle relazioni primarie.

Il mondo perinatale, per quel che riguarda i miei due “binari” precedentemente esposti, è altamente affascinante, profondamente scomodante e concretamente appassionante.

L'intenzione di presentare questa Comunicazione al XXX Congresso della Società Italiana di Psicologia Individuale a Parma, si è basata, e si basa, sulla possibilità di porre luce e attenzione su un tema, ad oggi, poco trattato nel mondo adleriano.

Credo sia importante riprendere le fila del mondo perinatale perché come terapeuti adleriani conosciamo l'importanza delle prime esperienze relazionali (che sappiamo consolidarsi successivamente in ricordi) per la strutturazione e costruzione dello stile di vita individuale e il rapporto, di quest'ultimo, con la comunità di simili.

Infine, è utile ricordare quanto il modello adleriano sia perfettamente idoneo alla lettura psicodinamica dell'area dei primi mille giorni di vita: questioni quali "bisogno di tenerezza", "senso di inadeguatezza", "legge del movimento", "incoraggiamento" e "sentimento sociale" si manifestano come analisi necessarie nel momento in cui un soggetto "nuovo" entra nella vita di una coppia, aggiungendo alla relazione amorosa precedente il concetto di "sistema triadico".

I. La Psicologia Perinatale

Nel corso del tempo, la psicologia perinatale ha provato, e prova, a manifestare il suo spazio e la sua dimensione nelle trame della scientificità psicologica. Tale materia di studio, secondo l'Ordine degli Psicologi della Lombardia, è definibile come *«quel settore della psicologia che si occupa del periodo compreso tra il pre-concepimento e il terzo anno di vita del bambino. In questo arco di tempo lo psicologo perinatale si occupa dei fenomeni e dei processi evolutivi dei neonati, dei bambini, dei caregiver e del sistema di relazioni intorno a loro, lungo un continuum che va dagli aspetti della normalità alla patologia»*

Le parole inserite nella definizione fanno comprendere l'ampio spettro di osservazione e rilevazione clinica dei modelli relazionali della famiglia: è un sistema complesso, ricco e denso di gesti, ruoli, funzioni, significati e peculiarità. La prospettiva perinatale inizia il suo percorso dal focus sulla diade madre-bambino come ambiente di comprensione di alcune delle risorse e delle fragilità primarie individuali.

Ad oggi, il soggetto di tale interpretazione si è ampliato: nella lettura delle dinamiche socio-relazionali ed emozionali della famiglia con neonato/bambino il soggetto è la triade madre-padre-bambino. L'aspetto rivoluzionario delle ricerche perinatali e delle successive teorizzazioni è stato proprio quello di inserire la figura paterna come essenziale, fondamentale, cooperante, responsabile del benessere e dello sviluppo nel nuovo nato o della nuova nata.

II. *Il paterno nel mondo perinatale: il panorama scientifico attuale*

La domanda sorge spontanea: Cosa sappiamo oggi sulle funzioni del ruolo paterno? Il che modo l'agire è mutato? Quali sono i connotati fisiologici di tali cambiamenti?

Una prima risposta è certa: sappiamo che i padri vivono differenti ruoli, azioni, funzioni ed emotività.

a) A livello fisiologico e neuroendocrino si riscontrano, ad esempio, una diminuzione di produzione di testosterone (tra il 26% e il 34%) ed estradiolo (già durante il periodo della gravidanza della compagna) con un possibile aumento di quest'ultimo nel post-parto: queste diminuzioni e oscillazioni sembrerebbero essere il segnale di un ri-orientamento degli assetti aggressivi e competitivi – solitamente focalizzati verso l'esterno – a favore di attenzioni, cura, accudimento e collaborazione nel sistema familiare [6, 8, 10]. Particolarmente interessante è il caso della *Sindrome di Couvade* dove alti livelli di estradiolo, cortisolo e prolattina possono far “vivere” alla figura maschile sintomi simili, in risonanza, a quelli della gravidanza della partner (nausea, aumento di peso, sbalzi d'umore, ecc.) [4, 10, 15].

Ulteriori dati interessanti, in campo neurofisiologico, sono l'aumento del livello di ossitocina nei primi mesi post-parto, in modo simile a quelli della figura materna (causato soprattutto dal parto e dall'allattamento), dovuti all'interazione diretta con il neonato o la neonata; l'aumento del livello di cortisolo, il quale permette una maggiore attenzione e vigilanza da parte dei padri nei confronti dei bisogni e, nello specifico, del “pianto” del figlio o della figlia. Particolarmente interessante è il dato relativo alla variazione del cortisolo durante il contatto *skin-to-skin* (*pelle a pelle*): se il bambino piange e il padre si attiva per prenderlo in braccio e gestire il pianto, il livello di cortisolo in entrambi diminuisce simultaneamente [6, 8, 10, 15].

Una particolare nota che verrà poi trattata nel capitolo relativo alla psicopatologia nella perinatalità, occorre molta attenzione rispetto a segnali o sintomatologie di iper-attivazione e vigilanza e manifestazioni ansiose dei neo-padri.

b) Ad un livello indicato come socio-relazionale, le figure paterne funzionali tendono a manifestare modalità di protezione e cura della figura materna, la compagna, sia durante il periodo gravidico sia in quello post-parto [6, 10]. Muoversi nella relazione di coppia genitoriale cooperativa sin dalle primissime fasi di coordinamento, favorisce forme di sostegno reciproco [3, 4, 5, 11, 12]. In particolare, il compagno/marito che agevola e supporta la compagna nel nuovo ruolo di madre agisce nel favoreggiamento di manifestazioni di cura e protezione del neonato [4].

Il ruolo paterno, inoltre, sembrerebbe essere fattore protettivo durante la crisi della coppia nel passaggio evolutivo al nuovo sistema: riconoscere le fatiche di entrambi, stimolare la condivisione del ruolo genitoriale, fornire supporto emotivo alla compagna, condividere la cura del neonato, condividere la cura dell'abitazione, sostenere il ruolo di donna correlata al mondo lavorativo e sociale (oltretutto di madre) della propria compagna [4, 5, 13].

Una particolare attenzione, di rilevanza clinica, andrebbe indicata per tutte quelle coppie che vivono eventi stressanti nel pre-parto e nel post-parto quali, ad esempio, percorsi di Procreazione Medicalmente Assistita, nascita pre-termine, complicazioni nella gravidanza oppure condizioni di salute precaria.

III. *Il paterno nel mondo perinatale: la lente adleriana*

In questa sezione, il tentativo è quello di provare a stimolare una connessione fra il tema perinatale e il mondo adleriano. Per comprensione maggiore la scelta è stata quella di suddividere in aree.

Area uno: Stile di vita

Lo stile di vita del genitore sembrerebbe influire nella relazione con il neonato: il tocco, la sensibilità, gli atteggiamenti, le emozioni, l'esperienza derivante dalla storia personale [3, 15]. Tutte queste parti formerebbero il modello relazionale di accudimento, adattamento e di cura. In gioco entrano, anche, le proprie esperienze di figlio o figlia e, dunque, le esperienze e le rappresentazioni di interiorizzate di madre e padre [6, 10]. Esse sono parte di quel modello culturale personale (microculturale, macroculturale, esperienze culturali, attività artistiche, ecc.). In altre parole, la lente per comprendere e leggere i bisogni dell'altro. Ad esempio possiamo trovare affermazioni quali: «*Ho avuto un'infanzia serena. Vorrei che mio figlio vivesse la stessa serenità. Ci stiamo provando, anche se a volte è difficile*» oppure «*L'affetto è importante. Mio padre non c'è stato molto nella mia vita. Voglio essere un padre presente, vicino, attento ai bisogni della mia piccola*»

Area due: Senso di inadeguatezza

Il periodo pre-natale e perinatale sembrerebbero attivare il senso di inadeguatezza [16]. La nascita e il successivo ingresso nel sistema familiare, in qualche misura è spiazzante, de-strutturante. Predilige un atteggiamento di adattamento non sempre prevedibile e attuabile. Qualche persona pone delle domande molto puntuali e con profondi significati da elaborare. Ad esempio possiamo trovare affermazioni quali: «Come farò a cambiare il pannolino?», «Sarò un buon padre? Sarò in grado?», «riuscirò a relazionarmi in modo corretto?», «Quando piange non so cosa vuole...come faccio?».

Il senso di inadeguatezza, fisiologicamente presente nelle fasi iniziali, può evolvere in una manifestazione di un sentimento di inferiorità presente nella storia di vita della persona, della figura paterna in questo caso [2, 3]. La genitorialità sembrerebbe portare ad una «rottura» della trama del proprio esistere. Potrebbe essere il segnale di una sofferenza marcata di attenzione clinica. In questo caso potremmo incontrare persone che affermano: *«Sono stato un figlio tremendo...posso dire egocentrico...non so se sarò un bravo papà» oppure «Provo l'ansia, quella forte...ho paura...sento di non essere capace di agire...non mi sento in grado di sostenere tutto»*

Area tre: Sentimento sociale

Il compito principale della figura genitoriale è quello di inizializzare la strutturazione del sentimento sociale già dai primi momenti relazionali. In altre parole, rispondere ai bisogni del neonato come, ad esempio, guidarlo nelle esperienze alimentari dapprima come lattante e successivamente come divezzo nell'alimentazione complementare [17, 18].

Uno dei compiti del genitore è apprendere i sistemi simbolici del/la bimbo/a e deco-dificarli nella relazione che si verrà a strutturare: il pianto, primo fra tutti è strumento relazionale simbolico di espressione [1]. Così come il sentimento sociale del terapeuta, in ottica adleriana, riattiva quello del paziente, anche quello del genitore giunge come modello per il/la proprio/a figlio/a [11]. Possiamo ritrovare affermazioni quali: *«sento una grande gioia se penso a quando saremo insieme e dovrò aiutarlo, con mia moglie, ad assaggiare le prime pappe. Non vedo l'ora di poterci sporcare», «vorremmo riuscire a trasmetterle l'amore per i viaggi, per la conoscenza di altri luoghi», «vorrei insegnargli l'arte della musica...è uno strumento che spero possa essergli utile nella vita».*

Area quattro: Incoraggiamento

Il mondo perinatale apre al nuovo, al movimento [1, 13]. Riecheggia il moto del desiderio, della scoperta, della vitalità. Il nuovo nato (o la nuova nata) attivano, oltre a senso di inadeguatezza, anche il senso della cura, della protezione. In modo indiretto richiama alla profusione di quella “tenerezza adleriana”, sin dal periodo gravidico e in modo più manifesto nel post-parto. L'incoraggiamento implica il divenire genitori con atteggiamenti di evoluzione, di desiderio, di gioia, di profonda responsabilità [3]. Una particolare attenzione qualora vi fossero elementi che avvalorano un senso di scoraggiamento come tema di collaudo del proprio sentirsi «inadeguati» nella funzione genitoriale. Potremmo incontrare persone che affermano: *«non vedo l'ora di poterla coccolare», «sento un grande desiderio di tenere in braccio mio figlio/mia figlia», «sento spesso la voglia di avere momenti solo nostri...così, in famiglia...io, mia moglie e il bimbo...la nostra famiglia», «vorrei insegnare (a lui/a lei) tante cose».*

IV. Una condizione clinica attuale: la depressione perinatale paterna

La ricerca attuale nel campo perinatale, ci invita a fare attenzione ad alcuni segnali che possono raccontarci di una sofferenza, e a volte, di una questione clinica di particolare incidenza (circa il 10% dei neo-padri): la depressione perinatale paterna [5, 6, 7, 8, 10, 12, 14, 16, 19, 20, 21].

Fra i fattori di rischio, emergono una storia pregressa di ansia e/o depressione di interesse clinico, la presenza di una partner con manifestazioni e condizioni cliniche depressive, la scarsità (a volte addirittura mancanza) di supporto sociale, condizioni socio-economiche avverse e stress lavorativo. Particolari condizioni a cui porre attenzione sono la qualità della relazione della coppia (nella storia della coppia e durante il periodo gravidico) ed eventi stressanti accaduti (parto pre-termine, condizioni fisiologiche, lutti perinatali, lutti familiari, cambi lavoro, ecc.). I sintomi presentati potrebbero essere sentimento di inadeguatezza, ansia, problemi comportamentali (aggressività, irritabilità, alterazione dell'umore, consumo eccessivo di alcol, utilizzo sostanze e altre forme di dipendenza), senso di «colpa» e sensazione di «non essere d'aiuto» alla partner e alla famiglia in generale, disturbi del sonno [19, 20, 21].

Alcuni ricercatori hanno poi evidenziato alcuni esiti della depressione perinatale paterna, riscontrabili in comportamenti/dinamiche nella coppia e nella famiglia in generale e comportamenti/dinamiche nella relazione con il neonato o la neonata: da un lato insoddisfazione di coppia, percezione di esclusione dalla diade madre-bambino, basso livello di intimità di coppia, effetto negativo sullo sviluppo della relazione di attaccamento tra madre e figlio; dall'altro lato potremmo incontrare padri con coinvolgimento paterno ridotto, difficoltà di sintonizzazione affettiva con neonato/a, aumento di irritabilità durante i momenti di cura, chiusura relazionale sociale. Questi possono avere effetti sulle tappe di sviluppo del figlio/a (aree: linguistica, emotiva, socio-relazionale, cognitiva) nei primi due anni di vita [4, 8, 10, 12, 14, 15].

Strumenti di rilevazione della depressione perinatale paterna

Nel corso del tempo, alcuni ricercatori si sono interrogati sulla possibilità di costruire uno strumento che potesse permettere di rilevare alcune delle caratteristiche e dei sintomi presi in considerazione precedentemente. Uno degli strumenti maggiormente utilizzati è un test di screening preventivo (non diagnostico), ossia il *Perinatal Assessment Of Paternal Affectivity (Papa)*: un questionario di autovalutazione volto allo screening dei disturbi affettivi e depressivi nei padri durante il periodo perinatale (gravidanza e post-parto) [9]. Il PAPA, permette l'identificazione dei padri a rischio poiché valuta una serie di sintomi psicologici e comportamentali (emotività, relazioni, comportamenti, sintomi somatici, disturbi fisiologici, comportamenti a rischio/dipendenze, rappresentazioni). La persona indica il grado di accordo o disaccordo mediante una scala Likert a 4 punti (da «per niente» a «molto») [6, 9].

Un ulteriore strumento utilizzabile è l'*Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)*, un questionario di autovalutazione composto da 10 domande. Non ha un valore diagnostico, ma fornisce un punteggio che può indicare la necessità di una valutazione clinica da parte di uno specialista. L'EPDS valuta l'umore negli ultimi 7 giorni e può essere compilato durante la gravidanza o dopo il parto. Solitamente somministrato alla donna, può essere strumento utile anche per le figure maschili [6, 10, 16]. Infine, altri strumenti di matrice clinica sono il colloquio e l'osservazione [6, 9, 10, 20].

V. Lo psicoterapeuta adleriano nel mondo perinatale: esperienze sul campo

La letteratura presentata offre una panoramica generale sul tema della paternità nel mondo perinatale e i suoi eventuali effetti collaterali se, in qualche modo, tale processo presenta delle fragilità e delle sofferenze marcate.

Spostando la lente dalle persone che incontriamo al terapeuta adleriano, potremmo chiederci quali possano essere, allora, i campi di intervento. Sicuramente quelli in setting clinico-terapeutico, analitico e formativo. Riconoscere le storie, entrare nelle trame, trattare tematiche ed eventuali nevrosi presenti, sensibilizzare sul tema operatori e comunità sono gli strumenti che come adleriani possiamo porre in atto.

Fra le varie esperienze, nella sede congressuale ho deciso di presentare, come specchio formativo-clinico, un percorso di tre incontri serali, in gruppo, della durata di due ore circa, con dei neo-papà. Il titolo era “è nato un papà”: la nascita di un figlio o di una figlia portano alla ricerca di significati sul ruolo che si sta acquisendo. Sulla carta è un “già acquisito”, ma è necessario un passaggio emotivo-simbolico al “significato acquisito”.

Questo gruppo, effettuato in un servizio del territorio cremonese, è stato vissuto in modo denso, delicato, tenero e, a tratti, disturbante per i presenti: le tematiche affrontate e i vissuti espressi hanno portato ad alcune messe in discussione. Il gruppo è stato uno spazio significativo per tutti i presenti, anche per me-conduttore.

I feedback ricevuti sul percorso, da parte di questi neo-padri sono stati positivi, segno che queste esperienze aprono alla possibilità di momenti narrativi, sono luoghi di manifestazione di differenti aspetti di Sé, ambienti di rispecchiamento, cantieri di fatiche e gioie.

Accanto a questo percorso, prima sperimentazione di un gruppo sulla paternità perinatale, ci sono stati percorsi per coppie pre-parto e post-parto con differenti tematiche: dall'attesa al rientro dopo la nascita, dalla sessualità di coppia alla gestione del tema della genitorialità, dalla gestione del digitale nei primi anni di vita al recupero del mondo di esperienze “analogiche”.

VI. Conclusioni

Concludere non è mai troppo semplice, si ritiene di dover “tirare le fila” del discorso sintetizzando e riprendendo i temi per cercare di aiutare chi legge a focalizzare l’obiettivo. Il desiderio di questa conclusione vuole essere in linea con le sfaccettature della perinatalità: il divenire, l’attendere e lo scoprire, il fare esperienza, il fallire, partecipare e farsi guidare, il muoversi nell’incerto. In poche parole, il mondo perinatale per l’occhio adleriano è un mondo da riscoprire, recuperare e analizzare con grande attenzione.

Le aree della sensorialità, del corpo, della neurofisiologia, delle emozioni, della tenerezza, della fatica e della ricerca di risorse sono matrici saldamente adleriane e, dunque, osservare il modo in cui, sin dalla vita intrauterina, un soggetto è pensato e “sentito” da chi c’è intorno a lui o a lei, è di grande valore e aiuto nell’ambito lavorativo di terapeuti che della “relazione” ne fanno strumento primario di cura.

Essere accanto, con tenerezza e presenza, a chi cerca in un modo proprio e soggettivo, a tratti anche grottesco, di assumere un ruolo nuovo, quello di padre e madre, accanto ai tanti altri già presenti (compagno/a, lavoratore o lavoratrice, fratello, sorella, figlio/a), è segno, secondo la mia esperienza, di movimento e stimolazione del sentimento comunitario.

Bibliografia

1. ADLER, A. (1908), *Das Zärtlichkeitsbedürfnis des Kindes*, tr. it. Il bisogno di tenerezza del bambino, *Riv. Psicol. Indiv.*, 59: 7-15.
2. ADLER, A. (1912), *Über den nervösen Charakter*, tr. it. *Il temperamento nervoso*, Astrolabio, Roma 1971.
3. ADLER, A. (1935), I concetti fondamentali della Psicologia Individuale, *Riv. Psicol. Indiv.*, 33: 5-9.
4. BALDONI, F. (2005), Funzione paterna e attaccamento di coppia: l’importanza di una base sicura, in BERTOZZI, N., HAMON, C. (a cura di), *Padri & paternità*, Edizioni Junior, Bergamo, pp. 79-102.
5. BALDONI, F. (2010), Attaccamento familiare, pericolo e adattamento, in CENA, L., IMBASCIATI, A., BALDONI, F. (a cura di), *La relazione genitore-bambino*, Springer-Verlag, Milano, pp. 90-107.
6. BALDONI, F., CECCARELLI, L. (2010), La depressione perinatale paterna. Una rassegna della ricerca clinica ed empirica, *Infanzia e Adolescenza*, 9(2): 79-92.
7. BALDONI, F. (2015), Attaccamento e disturbi affettivi paterni nel periodo perinatale, in IMBASCIATI, A., CENA, L. (a cura di), *Psicologia clinica perinatale*, Franco Angeli, Milano, pp. 202-219.

8. BALDONI, F., LANDI, G. (2015), La funzione del padre nel periodo perinatale. Attaccamento, adattamento e psicopatologia, *Quaderno di Psicoterapia del Bambino e dell'Adolescente*, 41: 73-96.
9. BALDONI, F., MATTHEY, S., AGOSTINI, F., SCHIMMENTI, A., CARETTI, V. (2018), Perinatal Assessment of Paternal Affectivity (PAPA). First Validation in Italian Samples, *Infant Mental Health Journal*, 39 (Suppl.): 311 (S77.2).
10. BALDONI, F. (2024), Il padre ritrovato: aspetti antropologici e psiconeuroendocrini della nuova paternità, *PNEI Review*, 1: 37-50.
11. FASSINO, S. (2016), Il Sentimento Sociale del terapeuta ri-attiva quello del paziente, *Riv. Psicol. Indiv.*, 79: 27-43.
12. FIELD, T. (2010), Postpartum Depression Effects on Early Interactions, Parenting, and Safety Practices: a Review, *Infant Behavior and Development*, 33(1): 1-6.
13. GHIDONI, C. (2006), Il paterno adleriano, *Riv. Psicol. Indiv.*, 60: 37-61.
14. GIANNOTTI, M., MINGHETTI, M., FACONDINI, E., ANCORA, G., D'AUTILIA, B., LUPERINI, V., BALDONI, F. (2018), "Affettività genitoriale e qualità della vita di coppia durante il periodo prenatale", *Congr. Internaz. Società Marcè Italiana per la Salute Perinatale*, Padova.
15. HEPPER, P. G. (1991), An Examination of Fetal Learning before and after Birth, *The Irish Journal of Psychology*, 12: 95-107.
16. LEACH, L. S., POYSER, C., COOKLIN, A. R., GIALLO, R. (2016), Prevalence and Course of Anxiety Disorders in Men across the Perinatal Period: A Systematic Review, *Journal of Affective Disorders*, 190: 675-686.
17. MANCIA, M. (2006), Psicoanalisi e Neuroscienze. Implicit Memory and Early Unrepressed Unconscious, *International Journal of Psychoanalysis*, 87(1): 83-104.
18. PARENTI, F., PAGANI, P. L. (1967), *Dizionario enciclopedico di puericoltura*, Hoepli, Milano.
19. PAULSON, J. F., BAZEMORE, S. D. (2010), Prenatal and Postpartum Depression in Fathers and Its Association with Maternal Depression, *JAMA*, 303: 1961-1969.
20. WATKINS, A. E., EL ZERBI, C., MCGOVERN, R., et Alì (2024), Exploration of Fathers' Mental Health and Well-Being Concerns during the Transition to Fatherhood, *BMJ Open*, 14.
21. WEE, K. Y., SKOUTERIS, H., PIER, C., RICHARDSON, B., MILGROM, J. (2011), Correlates of Ante- and Postnatal Depression in Fathers, *Journal of Affective Disorders*, 130(3): 358-377.

Il rapporto con l'immagine corporea nell'anoressia. Punto di confine tra conflittualità intrapsichica e identità

PAOLA VIGLIANCO, ANDREA RAMBAUDI

Summary – THE RELATIONSHIP WITH BODY IMAGE IN ANOREXIA: THE BORDERLINE BETWEEN INTRAPSYCHIC CONFLICT AND IDENTITY. It is likely that in no other **clinical** condition can one find the same importance of the restitution of body image as a definition of identity as in eating disorders, particularly in anorexia. Regarding deforming mirrors, the reflections produced by the social system and by culture assume a fundamental significance in the genesis and maintenance of the clinical picture related to eating disorders. Faced with an altered restitution of image, in terms of modification of the body schema that characterizes the self-perception of these patients, the deeper meanings associated with thinness take on particular relevance. Today these meanings are culturally linked to an accepted, successful, and above all active image. Certainly, the matrix of the disorder in these patients lies in a profound conflict between the desire for self-assertion and the need for filial protection, directed predominantly toward the mother. It is precisely this maternal dependence that makes conflictualization impossible - a *conditio sine qua non* for an assertive and self-referenced existential position, a fundamental element for the definition of identity and an essential developmental task of adolescence. Nevertheless, the image feedback coming from relationships, and more generally from society, can constitute an important amplifying and maintaining factor in the spasmodic pursuit of thinness. Thinness becomes the place where these patients exercise - and represent - their drives toward self-affirmation. From this perspective, much can be done socially and culturally so that the image of thinness loses the "winning allure" that has characterized it so far, and increasingly takes on the connotation of a disorder of psychogenic origin.

Keywords: ANOREXIA, MIRRORING, FALSE SELF, SEPARATION AND INDIVIDUATION

Abstract – IL RAPPORTO CON L'IMMAGINE CORPOREA NELL'ANORESSIA. PUNTO DI CONFINE TRA CONFLITTUALITÀ INTRAPSICHICA E IDENTITÀ. Verosimilmente in nessun quadro clinico è riscontrabile l'importanza della restituzione dell'immagine corporea come definizione identitaria, quanto nei disturbi del comportamento alimentare, in particolare per quanto riguarda l'anoressia. A proposito di specchi deformanti, i rispecchiamenti esercitati dal sistema sociale e dalla cultura assumono un significato fondamentale nella genesi e nel mantenimento del quadro clinico relativo ai DCA. A fronte di una restituzione di immagine modificata, in termini di alterazione dello schema corporeo, che caratterizza la percezione di sé di queste pazienti, assumono particolare rilevanza i significati profondi correlati alla magrezza, che culturalmente oggi vengono associati ad una immagine accettata, vincente e soprattutto attiva. Certamente la matrice del disturbo di queste pazienti è costituita da una conflittualità profonda tra desiderio di affermazione e bisogno di protezione filiale, rivolto prevalentemente alla madre: proprio questa dipendenza materna rende impossibile la conflittualizzazione, "conditio sine qua non" per una posizione esistenziale assertiva ed autoriferita, elemento fondamentale per la definizione dell'identità, peraltro compito essenziale

del periodo adolescenziale. Ciò nonostante le restituzioni di immagine provenienti dalle relazioni, e più in generale dalla società, possono costituire un importante elemento di amplificazione e di mantenimento di una ricerca spasmodica della magrezza, che diviene luogo di esercizio, nonché rappresentazione delle istanze di autoaffermazione di queste pazienti. In quest'ottica dunque si può fare molto a livello sociale e culturale, affinché l'immagine della magrezza perda quell'"allure" vincente, che finora l'ha caratterizzata, per assumere, si spera, sempre più la connotazione di un disturbo di matrice psicogena.

Parole chiave: ANORESSIA, RISPECCHIAMENTO, IDENTITÀ, FALSO SÉ, SEPARAZIONE E INDIVIDUAZIONE

A proposito del concetto di specchi deformanti e/o riflettenti, forse in nessun quadro clinico la restituzione dell'immagine corporea assume un significato tanto pregnante di aspetti simbolici e identitari quanto nell'anoressia. Per comprendere appieno questa dinamica, è fondamentale avere presente in maniera chiara il significato affermativo e profondamente identitario che queste pazienti attribuiscono alla restrizione alimentare e conseguentemente alla magrezza che ne deriva.

In quest'ottica la restrizione alimentare si configura come una sorta di "autocura" ovvero come una definizione identitaria alternativa al "falso sé" costituito dall'immagine di "brave bambine", che queste pazienti hanno inconsciamente strutturato negli anni, in una dimensione filiale focalizzata soprattutto sulla dipendenza affettiva e decisionale dalla figura materna.

Soltanto con queste consapevolezze relative alle matrici psicodinamiche di questi quadri clinici, è possibile per i curanti intervenire con strategie terapeutiche in senso trasformativo, nella misura in cui questi riescano a fornire alternative affermative e identitarie alla immagine della paziente anoressica.

La linea necessariamente da seguire deve essere quella di promuovere una "auto-centratura" delle pazienti, nel senso di una consuetudine a fare ricorso a riferimenti interni nelle scelte decisionali, anziché muoversi nella direzione della realizzazione di aspettative esterne, appartenenti a figure dell'entourage affettivo e relazionale, modalità peraltro estremamente caratteristica di queste pazienti. È fondamentale che il terapeuta svolga una funzione di "attuatore" del contatto tra la paziente e il suo mondo interno, attivando da un lato la mentalizzazione, ma anche sviluppando una consuetudine a muoversi nel mondo in relazione ed in conseguenza delle proprie istanze profonde.

A questo scopo risulta ancora più importante che in altre relazioni terapeutiche, che il rapporto terapeuta paziente si configuri come una diade paritetica, nella quale vengano evidenziati con attenzione e costanza gli aspetti di autorevolezza dell'uno e dell'altro, nella costruzione di una narrazione e di una comprensione del significato profondo del disturbo, con la conseguente attivazione di dinamiche di reset profonde.

Le pazienti devono sperimentare nel rapporto con il terapeuta una relazione improntata alla fiducia nel valore delle proprie opinioni e alla possibilità di costruire una relazione con il mondo, improntata alle proprie aspettative ed alle proprie caratteristiche personali. L'omologazione ai criteri di attribuzione di valori sociali, culturali, scolastici, etc. dev'essere abbandonata, per lasciare spazio ad una nascente attribuzione di valore a questioni personali, non necessariamente attivatrici di consenso all'esterno. Il coraggio nel riconoscimento e nell'espressione di queste caratteristiche personali profonde costituisce uno straordinario antidoto al veleno dell'accondiscendenza e della omologazione ai criteri valoriali della società e delle relazioni tutte.

A proposito della psicogenesi dei Disturbi del Comportamento alimentare, è fondamentale riconoscere l'importanza del rispecchiamento da parte genitoriale delle caratteristiche uniche e irripetibili delle pazienti, cosa che puntualmente non avviene in queste situazioni, in quanto queste ragazze vengono viste in relazione ad aspettative personali, soprattutto dalle madri, nonché confinate ad un ruolo di eterne figlie bambine, in un contesto nel quale la figura paterna è poco significativa emotivamente e sostanzialmente disimpegnata nel compito di cura e relazione con i figli, avendo affidato questo compito in modo sostanzialmente esclusivo alla moglie.

Si evince da tutto questo che non soltanto queste madri si trovano "sole" nel ruolo di caregivers delle figlie, ma frequentemente i loro bisogni di affetto e presenza, frustrati dall'assenza emotiva del coniuge, trovano una realizzazione compensatoria nel rapporto con i figli.

Al di là di queste dinamiche profonde di matrice relazionale, è indubbio che lo sviluppo della personalità sia influenzato da numerosi fattori di natura biologica, psicologica, sociale, culturale. Per quanto riguarda i fattori psicologici è fondamentale, per una sana costruzione identitaria, la capacità dei genitori di riconoscere i figli, durante la loro crescita, come altro da sé, con le loro personali predisposizioni e necessità, incoraggiandoli nelle loro aspirazioni, supportandoli nella gestione di fallimenti o frustrazioni. Si tratta dunque di una funzione di rispecchiamento che consenta al figlio di vedersi, riconoscersi e sviluppare di conseguenza con gradualità la sua identità in un contesto sicuro, che funga da sponda rispetto ad eventuali difficoltà.

Nei DCA i genitori, soprattutto la madre, non riescono a svolgere questo compito, non riescono a riconoscere la figlia come altro da sé, proiettando su di lei i propri bisogni di affermazione e controllo. L'atteggiamento iperprotettivo determina aumento dell'ansia e sfiducia in sé e nel mondo. La presenza invadente ed intrusiva del genitore crea una condizione di dipendenza nella figlia, che non riesce ad autonomizzarsi e a costruire un'identità sicura e separata.

Con la malattia la ragazza definisce inevitabilmente un'immagine di sé' infantile e fragile, come specchio dei sentimenti di inadeguatezza che vive.

Lotta per raggiungere un'autonomia fittizia attraverso l'autodeterminazione del peso, il rifiuto del cibo si configura come affermazione di sé ed espressione di forza e sicurezza. Si tratta pertanto di una conflittualità che invece di esprimersi sul versante relazionale, diventa intrapsichica, perché la paziente non ha consapevolezza dei bisogni più profondi e non ha la forza e l'autonomia sufficienti per assecondarli.

Acquisire peso rappresenta il fallimento, l'abbandonarsi al bisogno, al desiderio e alla gestione da parte dei genitori e quindi del mondo. La restrizione alimentare rappresenta quindi una modalità per queste ragazze di sentirsi contestualmente più sicure e forti da un lato, ma piccole e fragili dall'altro, due istanze la cui coesistenza fornisce come risultato i sentimenti di inadeguatezza e insufficienza che le caratterizzano.

La psicoterapia comporta la presenza di un terapeuta non giudicante e accogliente, che aiuti le pazienti ad effettuare quel processo di crescita psicologico, che in qualche modo non si è realizzato, incoraggiandole ad entrare in contatto con se stesse, a riconoscere le proprie caratteristiche individuali, acquisendo in questo modo un'autentica autostima. Nello stesso tempo la psicoterapia deve sostenerle nel processo di separazione dalle figure genitoriali, "conditio sine qua non" affinché si realizzi quell'autonomia psicologica mancante.

L'insorgenza dei DCA è quindi primariamente determinata da una relazione genitoriale iperprotettiva, invadente e, come abbiamo visto, non autonomizzante, ma sono tutt'altro che marginali i fattori socio-culturali, quali l'ideale della magrezza, le forti aspettative di successo e affermazione, l'esasperata attenzione all'immagine, il confronto e la competizione.

Un fattore culturale importante, a questo proposito, è costituito dall'"allure" vincente e affermativa che oggi viene attribuita alla magrezza. In questo senso il riferimento a figure femminili magre, che spesso compaiono a vario titolo nella moda, nel cinema ecc. costituisce spesso un fattore attivante e di mantenimento della restrizione alimentare.

A questo proposito crediamo fermamente che una conoscenza diffusa delle problematiche alimentari, che frequentemente si riscontrano a monte della magrezza, contribuisca ad associare sempre più un'immagine sottopeso ad una personalità problematica, mentre si attribuisca valore e affermazione ad un'immagine sana e con forme femminili.

POSTER



S.I.P.I.

Società Italiana di Psicologia Individuale

Member-Group of the International Association of Individual Psychology

**XXX CONGRESSO
NAZIONALE SIPI**

SPECCHI DEFORMANTI

La narrazione di Sé, degli altri, del mondo

24-26 ottobre 2025 | Parma | Starhotels Du Parc

Dallo specchio deformante allo sguardo riflessivo: il ruolo della supervisione di gruppo in psicoterapia

CHIARA AVERSA, ELEONORA BERNAT, DANIELA SANTINON,
ROSSANA TODESCO, STEFANIA CAUDANA

Summary – FROM DISTORTION TO REFLECTION: GROUP SUPERVISION AS A TRANSFORMATIVE SPACE IN PSYCHOTHERAPY. The mirror can represent a surface that reflects our image, but also a portal to other dimensions of reality, as in Lewis Carroll's novel "Through the Looking-Glass". The moment of supervision resembles Alice's gesture: it is a crossing, an entry into another perspective, where one's certainties are questioned. In clinical practice, the therapist is continuously exposed to the risk of reading the patient through the filter of their own history, personal experiences, and structures of meaning. These filters, often operating outside of awareness, may function as distorting mirrors, altering the perception of the patient's inner reality and influencing the direction of the therapeutic process. Group clinical supervision can be understood as a privileged space for reflection and decentering, where the therapist is invited to question their own interpretations, explore transference and countertransference dynamics, and access a more authentic and complex understanding of the other. Through the encounter with the external gaze of the supervisor, within a vertical dynamic, and with colleagues, within a horizontal dynamic, it becomes possible to recognize distortions, expand one's perspective, and refine the quality of therapeutic presence. Our poster explores the epistemological, ethical, and formative value of supervision, understood not merely as technical oversight but as a space for the transformation of the clinical gaze. Theoretical reflections and clinical vignettes will be presented to illustrate how, within supervisory work, therapists can learn to recognize their own distorting mirrors and to move through them, offering the patient a space of listening that is freer, more open, and more responsive.

Keywords: GROUP CLINICAL SUPERVISION, COUNTERTRANSFERENCE, INTERSUBJECTIVITY, REFLECTIVE FUNCTION, DISTORTING MIRROR

Abstract – DALLO SPECCHIO DEFORMANTE ALLO SGUARDO RIFLESSIVO: IL RUOLO DELLA SUPERVISIONE DI GRUPPO IN PSICOTERAPIA. Lo specchio può rappresentare una superficie che riflette la nostra immagine, ma anche un portale verso altre dimensioni della realtà, come si vede nel romanzo di Carroll "Alice attraverso lo specchio". Il momento della supervisione assomiglia al gesto di Alice: è un attraversamento, un entrare in un'altra prospettiva, dove le proprie certezze vengono messe in discussione. Nella pratica clinica, il terapeuta è continuamente esposto al rischio di leggere il paziente attraverso il filtro della propria storia, dei propri vissuti e delle proprie strutture di significato. Questi filtri, spesso inconsapevoli, possono agire come specchi deformanti, alterando la percezione della realtà interna del paziente e influenzando la direzione del processo terapeutico. La supervisione clinica di gruppo si configura come uno spazio privilegiato di riflessione e decentramento, in cui il terapeuta può mettere in discussione le proprie letture, esplorare le dinamiche di transfert e controtransfert, e accedere ad una comprensione più autentica

e complessa dell'altro. Attraverso il confronto con lo sguardo esterno del supervisore, in una dinamica verticale e dei colleghi, in una dinamica orizzontale, diventa possibile riconoscere le distorsioni, ampliare la propria prospettiva e affinare la qualità della presenza terapeutica. In questo poster si esplorerà il valore epistemologico, etico e formativo della supervisione, intesa non solo come controllo tecnico, ma come luogo di trasformazione dello sguardo clinico. Verranno inoltre proposti spunti teorici e vignette cliniche per illustrare come, nel lavoro supervisionale, il terapeuta possa imparare a riconoscere i propri specchi deformanti e ad attraversarli, restituendo al paziente uno spazio di ascolto più libero, aperto e responsivo.

Parole chiave: SUPERVISIONE DI GRUPPO, CONTROTRANSFERT, INTERSOGGETTIVITÀ, FUNZIONE RIFLESSIVA, SPECCHIO DEFORMANTE

A partire da un processo di associazioni libere, il titolo del convegno ha evocato nel gruppo l'immagine di Alice *Attraverso lo Specchio* (Titolo Originale: *Through the Looking-Glass, and What Alice Found There*), romanzo per ragazzi scritto da Lewis Carroll e pubblicato nel 1871, come seguito di *Alice nel Paese delle Meraviglie*. Nel libro, Alice attraversa uno specchio ritrovandosi in un mondo capovolto, governato da logiche paradossali, in cui il linguaggio, il tempo e le relazioni funzionano in modo radicalmente differente.

È proprio questo aspetto a rendere il racconto un'utile metafora clinica: il mondo in cui si introduce la protagonista non è semplicemente un riflesso della realtà, ma risulta trasformato. L'attraversamento dello specchio per Alice non è neutro né indolore: ciò che sembrava familiare perde coerenza, le regole cambiano, le certezze vacillano e le strade si intersecano.

A nostro avviso, la supervisione, in particolar modo durante il periodo formativo istituzionale, rappresenta proprio il riconoscimento dello specchio e il suo attraversamento, consentendo lo svelamento del proprio modo di guardare al caso clinico e l'ingresso in scenari alternativi rispetto a quelli già formati nel corso delle sedute. Ciò permette un apprendimento reale, non solo in termini di comprensione del caso clinico, ma anche di conoscenza del proprio modo di stare nella relazione terapeutica.

Uno degli aspetti più delicati della pratica clinica è, infatti, riconoscere che il nostro ascolto non è mai neutrale. Bion scriveva che il clinico dovrebbe cercare di avvicinarsi alla seduta "senza memoria e senza desiderio", ma ciò è naturalmente un ideale irraggiungibile: la realtà è che il terapeuta, per quanto allenato ad ascoltare "da fuori", è portatore di una propria storia di vita, di un corpo, di fantasie e di angosce personali.

Il mondo del terapeuta non è un errore da eliminare, ma deve essere riconosciuto come una condizione strutturale, al tempo stesso utile e portatrice di potenziali rischi. Paula Heimann, negli anni '50, ha teorizzato che il controtransfert non sia solo un ostacolo, come classicamente descritto nella teoria freudiana, ma uno strumento conoscitivo e di cura, a patto che sia riconosciuto e non agito.

Il rischio nasce quando l'inevitabile soggettività del terapeuta viene scambiata per oggettività, quando, per tornare alla metafora dello specchio, questo non è visibile e la deformazione viene vissuta come verità sul paziente.

In questa prospettiva, la supervisione assolve proprio allo scopo di rendere lo specchio esplicito: il terapeuta che impara a riconoscere i propri "specchi deformanti" non diventa neutrale, cosa che non è auspicabile, ma più responsivo e in grado di restituire al paziente uno spazio di ascolto meno saturato dalle proprie certezze, più aperto alla complessità.

La supervisione permette di trasformare l'immagine del caso clinico che nella memoria e nel desiderio del terapeuta, si è infiltrata silenziosamente: spesso si tratta di una interpretazione prematura o difensiva oppure funzionale a mantenere la coerenza interna del terapeuta, talvolta è una interpretazione francamente errata.

Nella supervisione di gruppo, rispetto alla supervisione individuale, lo sguardo è plurale: il lavoro clinico viene esposto non solo allo sguardo esperto del supervisore, ma anche a quello dei colleghi, ciascuno portatore di risonanze affettive, letture divergenti e talvolta teorie di riferimento diverse. L'esperienza della supervisione di gruppo durante il percorso formativo in psicoterapia, presente fin dal primo anno, è uno dei passaggi più significativi e anche più faticosi della formazione, proprio perché viene richiesto di esporre il proprio stile clinico nascente allo sguardo degli altri: portare un caso in supervisione significa portare dubbi, esitazioni, blocchi, vissuti di inadeguatezza o al contrario, di onnipotenza.

Il gruppo classe e il supervisore si lasciano attraversare dal racconto del paziente e restituiscono sensazioni e immagini dello stesso caso clinico: chi porta il caso può sentirsi validato o, in altri casi, può vivere i rimandi come dissonanti o francamente frustranti.

Alcune osservazioni dei colleghi arrivano come aperture inattese, altre vengono inizialmente respinte, salvo poi tornare a farsi sentire a distanza, magari nel corso di una seduta successiva. Questo movimento, a volte lento e non lineare, contribuisce in modo sostanziale alla costruzione di un atteggiamento clinico meno difensivo e più riflessivo.

Con il tempo è diventato chiaro come proprio la pluralità di sguardi sia il vero valore della supervisione di gruppo: non si trattava di trovare la lettura giusta, ma di tollerare la coesistenza di ipotesi diverse, imparando a distinguere ciò che appartiene al paziente da ciò che è mobilitato nel terapeuta. Come sottolineava Winnicott, la capacità di "stare" nell'incertezza, senza ricorrere subito a soluzioni difensive, è una funzione centrale della maturità emotiva e questo vale per il paziente, ma anche per il terapeuta. Un altro aspetto particolarmente rilevante è rilevare come la supervisione non sia utile solo nei momenti di difficoltà evidente.

Anche i casi che sembrano procedere senza intoppi possono beneficiare dello sguardo del gruppo, proprio perché il rischio di adagiarsi in una comprensione apparentemente coerente è maggiore. In questo senso, la supervisione assume il valore di uno spazio di manutenzione del pensiero clinico.

In sintesi, riteniamo la supervisione di gruppo fondamentale nel processo formativo e auspichiamo che prosegua anche dopo il conseguimento del titolo. Venuto meno il contenitore istituzionale della formazione, infatti, il rischio è quello di chiudersi in una pratica sempre più solitaria, in cui le proprie modalità di lettura si consolidano senza essere più interrogate.

In un'ottica adleriana, la supervisione di gruppo può essere intesa come un'esperienza di cooperazione, in cui il pensiero clinico si sviluppa attraverso il contributo reciproco e il senso di appartenenza, piuttosto che attraverso una posizione competitiva o valutativa. Continuare a esporsi allo sguardo di altri colleghi diventa allora una scelta etica, oltre che formativa: un modo per riconoscere che il lavoro clinico non si esaurisce con il conseguimento di un titolo, ma richiede un confronto costante con i propri limiti, con i propri angoli ciechi e con le proprie risonanze emotive.

Bibliografia

1. ADLER, A. (1933), *Der Sinn des Lebens*, tr. it. *Il senso della vita*, Newton Compton, Roma 1997.
2. BION, W. R. (1967), *Notes on Memory and Desire*, tr. it. *Note su memoria e desiderio*, Armando Editore, Roma 2007.
3. CARROLL, L. (1871), *Through the Looking-Glass, and What Alice Found There*, tr. it. *Attraverso lo specchio e quel che Alice vi trovò*, Mondadori, Milano 1997.
4. GRANDI, L. G. (2016), *Amore e Psyche*, Effatà Editrice, Cantalupa (TO).
5. HEIMANN, P. (1950), On Counter-Transference, *International Journal of Psychoanalysis*, 31, 81-84.
6. OGDEN, T. H. (1994), *The Analytic Third: Working with Intersubjective Clinical Fact*, tr. it. *Il terzo analitico: lavorare con i fatti clinici intersoggettivi*, Raffaello Cortina, Milano 2007.
7. WINNICOTT, D. W. (1965), *The Maturation Processes and the Facilitating Environment*, tr. it. *Processi maturativi e ambiente facilitante*, Armando Editore, Roma 1970.

Chiara Aversa
chiara.aversa@unito.it

Eleonora Bernat
dott.e.bernat@gmail.com

Daniela Santinon
santinon.daniela@libero.it

Rossana Todesco
todesco.rossana@gmail.com

Stefania Caudana
stefania.caudana@tiscali.it

I Videogiochi come Facilitatori del Wellbeing di Gruppo in Classe

FRANCESCO BOCCI, FLAVIO PIZZAMIGLIO

Summary – VIDEO GAMES AS FACILITATORS OF GROUP WELLBEING IN THE CLASSROOM. The growing interest in the use of commercial video games for educational purposes focuses not only on enhancing learning outcomes, but also on improving students' emotional and physical well-being. This study presents two research projects, one in a primary school in Northern Italy and one in two secondary schools in Central Italy, investigating the effects of gaming in the classroom in connection with the flow state. The results show how contextualized flow, or "co-active flow," can reveal unique collective dynamics in each class, suggesting that video games can act as a diagnostic tool and facilitator of well-being. In particular, this work explores the link between "co-active flow" and the concepts of Alfred Adler's individual psychology, such as **social feeling** (*Gemeinschaftsgefühl*) and **social interest**, demonstrating how gaming can foster the development of a positive and cooperative classroom climate.

Keywords: FLOW, SOCIAL FEELING, VIDEO GAMES, WELL-BEING, GROUP

Abstract – I VIDEOGIOCHI COME FACILITATORI DEL WELLBEING DI GRUPPO IN CLASSE. Il crescente interesse per l'impiego dei videogiochi commerciali a scopo educativo si concentra non solo sul potenziamento dei risultati di apprendimento, ma anche sul miglioramento del benessere emotivo e fisico degli studenti. Questo studio presenta due ricerche, una in una scuola primaria nel Nord Italia e una in due scuole secondarie nel Centro Italia, che indagano gli effetti del gaming in classe in connessione con lo stato di flow. I risultati evidenziano come il flow contestualizzato, o "co-active flow", possa rivelare dinamiche collettive uniche in ogni classe, suggerendo che i videogiochi possano agire come strumento diagnostico e facilitatore di benessere. In particolare, questo lavoro esplora il legame tra il "co-active flow" e i concetti della psicologia individuale di Alfred Adler, come il **sentimento sociale** (*Gemeinschaftsgefühl*) e l'**interesse sociale**, dimostrando come il gaming possa favorire lo sviluppo di un clima di classe positivo e cooperativo.

Parole chiave: FLOW, SENTIMENTO SOCIALE, VIDEOGIOCHI, BENESSERE, GRUPPO

Introduzione

L'utilizzo dei videogiochi in contesti educativi ha dimostrato di poter migliorare non solo l'efficienza cognitiva degli studenti, ma anche di favorire lo sviluppo di emozioni collettive positive e di rafforzare il clima di classe. Al centro di questa dinamica si trova il concetto di **stato di flow**, una condizione di totale immersione in un'attività, descritta da Csikszentmihalyi come un'esperienza ottimale in cui “le persone sono così coinvolte in un'attività che nient'altro sembra avere importanza” (5, p.4).

Questo studio si concentra su una specifica forma di flow, il **co-active flow**, che si manifesta quando più individui sperimentano il flow individualmente ma in un contesto sociale condiviso, come un'aula scolastica. Tale stato di immersione collettiva può trasformare l'aula in uno spazio di apprendimento più coinvolgente e collaborativo. Questa prospettiva si allinea con i principi della psicologia individuale di Alfred Adler, in particolare con il concetto di **Gemeinschaftsgefühl** o **sentimento sociale**.

Adler sosteneva che il benessere psicologico di un individuo è intrinsecamente legato al suo senso di appartenenza e alla sua capacità di cooperare con gli altri per il bene comune [3]. Il sentimento sociale rappresenta l'istanza basilare dell'essere umano che crea il bisogno di integrarsi con i propri simili e cooperare per il benessere collettivo. In questo senso, il co-active flow può essere visto come una manifestazione dell'**interesse sociale** adleriano, una forma di empatia e cooperazione che trascende l'individualismo per abbracciare il benessere del gruppo classe.

I. 1. Il Sentimento Sociale nella Teoria Adleriana

Alfred Adler ha posto il **sentimento sociale** al centro della sua teoria psicologica, considerandolo il criterio fondamentale per valutare la salute mentale e l'adattamento dell'individuo. Secondo Adler, il sentimento sociale non è semplicemente un'attitudine altruistica, ma rappresenta la capacità innata dell'essere umano di sentirsi parte di una comunità più ampia e di contribuire al benessere collettivo [1, 2, 3]. Questo concetto si contrappone all'idea freudiana dell'individuo come entità isolata, guidata principalmente da pulsioni egoistiche. Per Adler, l'essere umano è invece un essere sociale per natura, e il suo sviluppo psicologico sano dipende dalla capacità di stabilire relazioni significative e di cooperare con gli altri.

Nel contesto educativo, il sentimento sociale si manifesta attraverso la capacità degli studenti di lavorare insieme, di supportarsi reciprocamente e di contribuire al clima positivo della classe. Adler riteneva che l'educazione dovesse mirare non solo all'acquisizione di conoscenze, ma anche allo sviluppo del sentimento sociale, poiché solo attraverso questo processo gli individui possono raggiungere un equilibrio psicologico e un senso di realizzazione personale [1, 2]. In questo senso, l'aula scolastica diventa un laboratorio privilegiato per coltivare il sentimento sociale, un luogo in cui gli studenti possono sperimentare la cooperazione, l'empatia e il rispetto reciproco.

I. 2. Il Concetto di Inferiorità e Compensazione

Un altro concetto centrale nella teoria adleriana è quello del **sentimento di inferiorità** e del processo di **compensazione**. Adler sosteneva che ogni individuo, fin dall'infanzia, sperimenta un senso di inferiorità legato alla propria condizione di dipendenza e vulnerabilità. Questo sentimento, lungi dall'essere patologico, rappresenta una forza motivazionale fondamentale che spinge l'individuo a superare i propri limiti e a sviluppare le proprie capacità [1, 2]. Tuttavia, quando il sentimento di inferiorità diventa eccessivo o non viene adeguatamente gestito, può trasformarsi in un **complesso di inferiorità**, che ostacola lo sviluppo psicologico e relazionale dell'individuo.

Nel contesto scolastico, molti studenti sperimentano sentimenti di inferiorità legati alle prestazioni accademiche, alle relazioni sociali o alle abilità fisiche. L'uso dei videogiochi in classe può offrire un'opportunità unica per affrontare questi sentimenti in modo costruttivo. Attraverso il gaming, gli studenti possono sperimentare il successo in un ambiente controllato e non giudicante, sviluppando così un senso di competenza e di autoefficacia. Inoltre, il co-active flow che emerge durante le sessioni di gioco collettivo può aiutare gli studenti a superare i sentimenti di isolamento e di inadeguatezza, favorendo un senso di appartenenza e di connessione con i compagni.

I. 3. Il Finalismo e la Teleologia Adleriana

Adler concepiva la psiche umana come orientata verso un **fine**, una meta ideale che guida il comportamento e le scelte dell'individuo. Questo approccio **teleologico** si contrappone alla visione deterministica di Freud, secondo cui il comportamento è determinato da eventi passati. Per Adler, invece, l'individuo è guidato da obiettivi futuri e da aspirazioni che danno senso e direzione alla sua vita [3, 1]. Questo fine può essere consapevole o inconscio, ma rappresenta sempre una spinta verso la realizzazione personale e il superamento delle difficoltà.

Nel contesto educativo, il finalismo adleriano si traduce nell'importanza di aiutare gli studenti a sviluppare obiettivi significativi e a coltivare una visione positiva del futuro. I videogiochi, con la loro struttura basata su obiettivi chiari e feedback immediati, possono facilitare questo processo. Durante il gioco, gli studenti sono guidati da obiettivi specifici (ad esempio, completare un livello, ottenere un punteggio elevato) che forniscono un senso di direzione e di scopo. Questa esperienza può essere trasferita al contesto scolastico più ampio, aiutando gli studenti a sviluppare una mentalità orientata agli obiettivi e a perseguire i propri traguardi con determinazione e resilienza.

II. Metodologia

Sono stati condotti due studi per esplorare le dinamiche del co-active flow in contesti scolastici.

Studio di Sovere: Ha coinvolto 86 studenti di 11-12 anni, divisi in quattro classi. La procedura sperimentale prevedeva la somministrazione di un questionario iniziale, un esercizio di aritmetica, una sessione di 20 minuti con il videogioco *Sonic Dash*, la compilazione della Flow State Scale [6] e un secondo esercizio di aritmetica. Sono state misurate anche variabili fisiologiche (come le emissioni di CO₂) e il Metabolic Equivalent of Task (MET) per quantificare il consumo energetico. Questo approccio metodologico ha permesso di valutare non solo gli effetti cognitivi del gaming, ma anche le dinamiche fisiologiche e sociali che emergono durante l'esperienza di gioco collettivo.

Studio di Siena: Ha coinvolto 56 studenti di 16-17 anni, testando due diversi generi di videogiochi: *Sonic Dash* (azione) e *Life is Strange* (narrativo). In questo caso, sono state utilizzate scale aggiuntive come la Narrative Transportation Scale e la Perceived Emotional Synchronization (PES) Scale per cogliere le sfumature dell'esperienza di gioco. L'obiettivo era comprendere come diversi generi di videogiochi possano influenzare in modo differente le dinamiche emotive e cognitive degli studenti, fornendo così indicazioni utili per la progettazione di interventi educativi mirati.

III. Risultati Principali

In entrambi gli studi, il gameplay ha portato a un miglioramento significativo dell'efficienza cognitiva, con una notevole riduzione dei tempi di completamento degli esercizi senza compromettere l'accuratezza delle risposte. Questo suggerisce che il gioco agisce come un catalizzatore per la "prontezza alla performance", preparando gli studenti a affrontare compiti cognitivi con maggiore rapidità e concentrazione.

Nello studio di Sovere, sono emerse differenze significative tra le classi in termini di attivazione fisiologica (MET) e di stato di flow, indicando che ogni classe possiede dinamiche uniche che influenzano l'esperienza di gioco collettiva. Queste differenze non possono essere spiegate semplicemente dalle caratteristiche individuali degli studenti, ma riflettono piuttosto le dinamiche sociali e relazionali che caratterizzano ciascun gruppo classe. In altre parole, il co-active flow non è solo la somma delle esperienze individuali, ma emerge come un fenomeno collettivo che riflette la qualità delle relazioni e il clima emotivo della classe.

Nello studio di Siena, invece, il gioco narrativo (*Life is Strange*) ha generato un livello di coinvolgimento narrativo (transportation) significativamente più alto rispetto al gioco d'azione, mentre quest'ultimo ha inciso maggiormente sulla sincronia emotiva percepita.

Questi risultati suggeriscono che diversi generi di videogiochi possono attivare meccanismi psicologici differenti: i giochi narrativi favoriscono l'immersione e la riflessione, mentre i giochi d'azione stimolano l'attivazione fisiologica e la sincronia emotiva. Entrambi questi aspetti sono rilevanti in un'ottica adleriana, poiché contribuiscono allo sviluppo del sentimento sociale e alla costruzione di un clima di classe positivo.

IV. *Discussione*

I risultati evidenziano il duplice ruolo del videogioco in classe: da un lato, migliora la prontezza cognitiva e l'efficienza nelle prestazioni individuali; dall'altro, agisce come uno strumento diagnostico capace di far emergere le dinamiche socio-emotive latenti di un gruppo classe. Questo secondo aspetto è particolarmente rilevante in un'ottica adleriana.

IV. 1. *Il Co-Active Flow come Manifestazione del Sentimento Sociale*

Il co-active flow osservato negli studenti durante le sessioni di gaming rispecchia la dinamica adleriana del sentimento sociale. Quando i ragazzi giocano simultaneamente nello stesso spazio fisico, sviluppano quello che Adler definiva "interesse sociale", una forma di empatia e cooperazione che trascende l'individualismo per abbracciare il benessere del gruppo classe. Durante il gioco, gli studenti non sono semplicemente concentrati sulla propria performance individuale, ma sono anche consapevoli della presenza dei compagni e delle loro esperienze. Questa consapevolezza reciproca crea un campo emotivo condiviso che facilita l'emergere di emozioni collettive e di un senso di appartenenza.

La ricerca dimostra come il videogioco faciliti l'emergere di emozioni collettive e di sincronia emotiva, elementi che Adler considerava fondamentali per lo sviluppo psicologico sano. Il miglioramento dell'efficienza cognitiva post-gaming riflette il potenziamento del sentimento comunitario: quando ci sentiamo parte di un gruppo coeso, le nostre prestazioni individuali migliorano naturalmente. Questo fenomeno può essere spiegato attraverso il concetto adleriano di **compensazione positiva**: il sentimento di appartenenza e di supporto sociale riduce l'ansia da prestazione e libera risorse cognitive che possono essere investite nel compito, migliorando così l'efficienza e la qualità delle prestazioni.

IV. 2. Il Gaming come Strumento per affrontare consapevolmente i Sentimenti di Inferiorità

In un'ottica adleriana, il videogioco può essere visto anche come uno strumento per aiutare gli studenti a superare i sentimenti di inferiorità e a sviluppare un senso di competenza e di autoefficacia. Molti studenti, soprattutto quelli che incontrano difficoltà nelle materie scolastiche tradizionali, possono sperimentare un senso di inadeguatezza e di frustrazione che ostacola il loro apprendimento e il loro benessere psicologico. Il gaming offre un'opportunità unica per sperimentare il successo in un contesto diverso, meno giudicante e più ludico.

Durante il gioco, gli studenti possono affrontare sfide graduali, ricevere feedback immediati e sperimentare il senso di padronanza che deriva dal superamento degli ostacoli. Questa esperienza può contribuire a ridurre i sentimenti di inferiorità e a sviluppare una mentalità di crescita, in cui gli errori sono visti non come fallimenti, ma come opportunità di apprendimento. Inoltre, il co-active flow che emerge durante le sessioni di gioco collettivo può aiutare gli studenti a sentirsi meno isolati e più connessi con i compagni, riducendo così il senso di inadeguatezza sociale.

V. Conclusioni

L'integrazione strategica del videogioco in classe può diventare uno strumento prezioso per personalizzare l'apprendimento e migliorare il clima della classe. Gli educatori e gli insegnanti possono sfruttare queste caratteristiche per progettare interventi mirati: i giochi competitivi possono stimolare l'energia e la concentrazione, mentre quelli narrativi possono favorire l'immersione e la riflessione. In una prospettiva adleriana, l'uso consapevole dei videogiochi può contribuire a creare un ambiente di apprendimento basato sulla cooperazione e sul rispetto reciproco, promuovendo così il benessere individuale e collettivo.

Il gaming in quest'ottica si configura come strumento per coltivare il sentimento sociale adleriano, trasformando l'aula in una comunità dove crescita individuale e benessere collettivo si alimentano reciprocamente. Attraverso il co-active flow, gli studenti possono sperimentare un senso di appartenenza e di connessione che va oltre la semplice condivisione di uno spazio fisico, creando un campo emotivo condiviso che facilita l'apprendimento, la cooperazione e lo sviluppo psicosociale.

In conclusione, questo studio dimostra che i videogiochi, quando utilizzati in modo consapevole e pedagogicamente fondato, possono diventare un potente strumento per promuovere il benessere degli studenti e per coltivare il sentimento sociale. L'approccio adleriano offre una cornice teorica ricca e articolata per comprendere le dinamiche psicologiche e sociali che emergono durante il gaming in classe, suggerendo nuove direzioni per la ricerca e per la pratica educativa.

Bibliografia e Sitografia

1. ADLER, A. (1930), *The Education of Children*, tr. it. *Psicologia dell'educazione*, Newton Compton, Roma 2003.
2. ADLER, A. (1930), *Die Seele des Schwererziehbaren Schulkindes*, tr. it. *Psicologia del bambino difficile*, Newton Compton, Roma 2005.
3. ADLER, A. (1933), *Der Sinn des Lebens*, tr. it. *Il Senso della Vita*, Newton Compton, Roma 2005.
4. CSIKSZENTMIHALYI, M. (1975), *Beyond Boredom and Anxiety*, Jossey-Bass, New Jersey.
5. CSIKSZENTMIHALYI, M. (1990), *Flow: The Psychology of Optimal Experience*, Harper Collins, New York.
6. JACKSON, S. A., MARSH, H. W. (1996), Development and Validation of a Scale to Measure Optimal Experience: The Flow State Scale, *Journal of Sport and Exercise Psychology*, 18: 17-35.
7. MICHAILIDIS, L., BALAGUER-BALLESTER, E., HE, X. (2018), Flow and Immersion in Video Games: The Aftermath of a Conceptual Challenge, *Frontiers in Psychology*, 9, 1682.
8. SARINI, M., BOCCI, F., CENTINI, G., MASO, A., PIANIGIANI, L. (2025), Video Games in Schools: Putting Flow State in Context, *Information*, 16(10), 922. Doi: 10.3390.
9. ZUMETA, L. N., ORIOL, X., TELLETXE, S., AMUTIO, A., BASABE, N. (2016), Collective Efficacy in Sports and Physical Activities: Perceived Emotional Synchrony and Shared Flow, *Frontiers in Psychology*, 6, 1960.

Riflessi distorti: la narrazione di Sé oltre lo sguardo dell'altro

DANIELA BOSETTO, SIMONA ALBASINI, ILENIA CHIRICO,
GIUSEPPE FERRARA, ANNALISA STILLITANO

Summary – DISTORTED REFLECTIONS: SELF-NARRATION BEYOND THE GAZE OF THE OTHER. From early childhood, every individual develops their own lifestyle, that is, a subjective pattern of perception and action guided by a fictitious final goal, which often serves to compensate for feelings of inferiority. This style shapes the inner narrative about oneself, others, and the world. Unconscious fictions are thus formed, which guide the person's choices as well as their relationships. The family and social environment act as a “mirror,” and through implicit or explicit messages and values, the individual internalizes often distorted self-images. These “distorting mirrors” may reflect rigid expectations and judgments that shape a compensatory self-view, focused on approval, success, or social superiority, at the expense of social interest and genuine psychological well-being. Adlerian therapeutic intervention places central importance on dismantling these distorting mirrors through the analysis of lifestyle, early memories, and the meaning attributed to early experiences. Through encouragement and the fostering of personal creativity, Adlerian therapy aims to transform the internal narrative from distorted and fictional to flexible, cooperative, and oriented toward a genuine social feeling. As an example, we present the clinical case of an adolescent whose identity construction is influenced by family and social expectations, showing how identification with these expectations can hinder true individual needs. The therapeutic process aims to promote recognition of these distorted inner images and the adoption of a more coherent personal narrative that is authentically connected with others and with external reality.

Keywords: LIFESTYLE, DISTORTING MIRRORS, FEELING OF INFERIORITY, SOCIAL INTEREST, ADLERIAN THERAPY

Abstract – RIFLESSI DISTORTI: LA NARRAZIONE DI SÉ OLTRE LO SGUARDO DELL'ALTRO. Ogni individuo sviluppa fin dall'infanzia un proprio stile di vita, ossia uno schema soggettivo di percezione e azione, guidato da una meta finale fittizia, che spesso ha lo scopo di compensare sentimenti di inferiorità. Questo stile condiziona la narrazione interna di sé, degli altri e del mondo. Si sviluppano quindi delle finzioni inconscie che guidano le scelte del soggetto e anche le sue relazioni. L'ambiente familiare e sociale funge da “specchio” e attraverso messaggi e valori impliciti o espliciti, l'individuo introietta immagini di sé spesso distorte. Questi “specchi deformanti” possono riflettere aspettative rigide e giudizi che modellano una visione di sé compensatoria, focalizzata su approvazione, successo o superiorità sociale, a scapito dell'interesse sociale e del benessere psichico autentico. L'intervento terapeutico adleriano considera centrale lo smantellamento di questi specchi deformanti, attraverso l'analisi dello stile di vita, delle prime memorie e del significato attribuito alle esperienze precoci. Attraverso l'incoraggiamento e la promozione della creatività personale, la terapia adleriana mira a trasformare la narrazione interna da distorta e finzionale a flessibile, cooperativa e orientata ad un reale sentimento sociale.

A titolo esemplificativo riportiamo un caso clinico di un adolescente in cui la costruzione della propria identità risente delle aspettative familiari e sociali, e che mostra quanto l'identificazione con esse possa ostacolare i reali bisogni individuali. Il percorso terapeutico si pone l'obiettivo di promuovere il riconoscimento di queste immagini interiori distorte e l'adozione di una narrazione personale più coerente e autenticamente connessa con l'altro e la realtà esterna

Parole chiave: STILE DI VITA, SPECCHI DEFORMANTI, SENTIMENTO D'INFERIORITÀ, SENTIMENTO SOCIALE, TERAPIA ADLERIANA

Introduzione

La Psicologia Individuale adleriana vede nella costruzione dell'identità i contributi del contesto sociale e relazionale nei quali gli individui sono inseriti [1].

A partire dall'infanzia, infatti, una persona interiorizza e assimila i messaggi, le aspettative e i valori che gli vengono trasmessi dal caregiver e dalle altre figure per lei significative; tale processo potrebbe essere riassunto dalla metafora dello specchio, secondo la quale gli individui riflettono, anche in modo distorto, all'esterno se stessi e la rappresentazione che hanno del mondo. Se si analizza questo ultimo concetto secondo il pensiero di Adler, le distorsioni non devono essere concepite unicamente come distorsioni cognitive, ma come autentiche finzioni soggettive il cui compito è quello di orientare e dirigere l'azione verso un obiettivo, in taluni casi inconscio, nel tentativo di compensare l'inferiorità percepita dal soggetto [2].

Seguendo il pensiero degli specchi distorcenti, gli sguardi e le aspettative degli altri possono contribuire a rafforzare narrazioni interne rigide all'individuo, che si concentrano sulla performance, l'approvazione o la conformità, piuttosto che sul sentimento sociale e l'autenticità relazionale.

I. Collegamenti con il concetto di senso di inferiorità

Il senso di inferiorità è descritto da Adler come una condizione universale e fisiologica; esso è un elemento importante dello sviluppo umano [1]. Questo sentimento può diventare disfunzionale quando, nelle esperienze infantili, una persona si sente svalutata, rifiutata o viene spesso paragonata a modelli impossibili da raggiungere. In questi casi, la metafora degli specchi deformanti diventa utile: un ambiente che trasmette aspettative costanti di superiorità o perfezione fa pensare che solo le prestazioni o il successo definiscano il valore di una persona.

A causa di queste pressioni, si può sviluppare uno stile di vita compensatorio, cioè un insieme di credenze, strategie e obiettivi che servono a "compensare" il senso di inferiorità. Come spiegano Maiullari, Fragapane e De Adamich (2019) parlando del finalismo nelle dinamiche psichiche, queste strategie puntano a raggiungere un obiettivo invece di rispondere solo alle esperienze passate [3].

II. *Specchio deformante, stile di vita, prime memorie e creatività*

Come si evince anche dai soli brani de *Il senso della vita* riportati dagli Ansbacher, lo stile di vita si costruisce attraverso processi di interpretazione del mondo che vengono cristallizzati nelle prime memorie. Adler sosteneva che le prime memorie fossero delle “metafore” del mondo soggettivo [2], cioè condensazioni simboliche del modo in cui l’individuo percepisce se stesso e gli altri. Quando queste memorie riflettono esperienze piene di tensione, aspettative o confronto, esse diventano tracce di quegli specchi deformanti che il soggetto continua ad utilizzare nella vita adulta. Il percorso terapeutico ha l’obiettivo di individuare e dissolvere queste distorsioni, proponendo un diverso tipo di rispecchiamento: quello del sostegno motivante.

Questo sostegno rappresenta uno degli strumenti fondamentali della psicoterapia adleriana, capace di contrastare la rigidità delle finzioni e di favorire la creatività personale, ossia la possibilità per la persona di elaborare nuove prospettive interpretative e modalità d’azione più autentiche. La fusione tra creatività, sentimento sociale e riscrittura della narrazione interna sottolinea il passaggio dagli “specchi deformanti” a uno specchio più realistico e compassionevole.

III. *Collegamento al caso clinico*

Il tema del rispecchiamento e delle aspettative familiari e sociali diventa particolarmente significativo nella fase adolescenziale. Il caso clinico di seguito riportato permette di analizzare questa complessa tematica: M. è un adolescente di 17 anni che manifesta una forte sofferenza psicologica a causa delle elevate aspettative genitoriali e del dovere di conformarsi rispetto a quelli che sono i compiti vitali della sua fase evolutiva. M. è figlio unico e i genitori sono molto richiedenti nei suoi confronti, in particolar modo verso gli impegni scolastici e le relazioni sociali, in quanto vorrebbero che il figlio frequentasse di più i suoi coetanei.

La lotta tra appartenenza e individualità e il confronto con i diversi specchi in cui riflettersi, famiglia e gruppo di pari, svolgono dei ruoli rilevanti nello sviluppo dello stile di vita di M. Quest’ultimo ha interiorizzato delle immagini distorte rispetto ai suoi reali bisogni a causa del rispecchiamento con le aspettative familiari molto elevate e focalizzate esclusivamente sulla prestazione e sui risultati scolastici.

Inoltre, le continue richieste dei genitori di crearsi un gruppo di amici, ha spinto M. a unirsi a un gruppo di compagni, nonostante la sua volontà non fosse quella di legarsi a loro in modo significativo e autentico. M. mostra una forte ambivalenza: da una parte vorrebbe essere all’altezza degli ideali che i genitori hanno sviluppato nei suoi confronti senza provare un senso di inadeguatezza sia verso la sua performance sia verso il suo modo di vivere le relazioni sociali; dall’altra vorrebbe solamente ascoltare i suoi reali bisogni che si discostano da quelle che sono le aspettative familiari e sociali.

Il caso di M. ci permette di evidenziare come il rispecchiamento a volte, può portare a mettere in atto delle finzioni con lo scopo di conformarsi alle richieste della famiglia e dei compiti vitali, a discapito dei propri bisogni individuali. Infine, ci ricorda che il continuo utilizzo di finzioni compensatorie può sfociare in sintomi psicologici significativi come nel caso di M. che riporta sintomi ansiosi-depressivi che stanno invalidando la sua vita.

IV. Conclusioni: la terapia adleriana

Il percorso terapeutico di M. si concentra adlerianamente su un intervento incoraggiante che lo aiuti a riconoscere e a smantellare gli “specchi deformanti” derivanti da aspettative familiari e sociali. Attraverso l’analisi dello stile di vita e delle prime memorie, M. prende consapevolezza delle finzioni compensatorie che si sono create a causa della percezione di non sentirsi all’altezza delle elevate richieste genitoriali.

La terapia promuove l’autenticità, incoraggiando una narrazione personale più vera e coerente con il proprio vissuto e valorizzando il sentimento sociale che funge da base per la costruzione di relazioni più genuine e per lo sviluppo di un’identità integrata, che equilibri bisogni individuali e bisogno di appartenenza.

Lo “specchio interiore” di M. inizia così a riflettere un’immagine più stabile e accogliente di sé, permettendo il superamento delle maschere compensatorie e l’apertura verso relazioni più autentiche. La terapia adleriana diventa per M. un percorso di crescita e riorientamento, capace di trasformare il senso di inferiorità in una forza propulsiva verso la cooperazione, l’autorealizzazione e il sentimento sociale.

Bibliografia e Sitografia

1. ADLER, A. (1927), *Menschenkenntnis*, tr. it. *La conoscenza dell'uomo*, Newton Compton, Roma 1975.
2. ANSBACHER, H. L., ANSBACHER, R. R. (1956), *The Individual Psychology of Alfred Adler*, tr. it. *La Psicologia Individuale di Alfred Adler*, Martinelli, Firenze 1997.
3. MAIULLARI, F., FRAGAPANE, M., De ADAMICH, B. M. (2019), Il finalismo del sogno nella psicologia individuale di Alfred Adler, *Psicoterapia e Scienze Umane*, 53(4), 599-624.
4. WEST KAST (2024), Figura in ombra su parete verde [Fotografia digitale], Lummi, <https://www.lummi.ai/photo/silhouette-against-frosted-glass-xca4z>

Daniela Bosetto
scuolacrifu@gmail.com

Simona Albasini
simonalbasini@gmail.com

Ilenia Chirico
ile.anto.97@gmail.com

Giuseppe Ferrara
giuseppecorrado.ferrara@hotmail.com

Annalisa Stillitano
annastilli96@gmail.com

Dall'aggressività al cambiamento: la forza trasformativa della relazione terapeutica

DANIELA BOSETTO, VITTORIA ARENA, FRANCESCA BARILLÀ,
VALENTINA DI LIBERTO PARISI, DAVIDE MARIA GIARRATANA,
MARCO LENZI, VINCENZA SCAGLIONE

Summary – FROM AGGRESSION TO CHANGE: THE TRANSFORMATIVE POWER OF THE THERAPEUTIC RELATIONSHIP. According to the Adlerian model, childhood exposes individuals to conditions of dependence and vulnerability that generate feelings of inferiority, which form the motivational core of subsequent developmental processes. This experience triggers compensatory dynamics aimed at building skills and behavioural patterns that enable the transition from “minus” to “plus”, supported by the will to power as an evolutionary force. When this drive does not find social integration, it can express itself through aggressive behaviour, understood as defensive reactions to feeling of inadequacy. A., a 47-year-old man, sought therapy because of aggressive behaviour and outbursts of anger that had compromised his family life for years. The exploration of his early recollections and family constellation revealed a dominant and aggressive father and an indulgent mother, a configuration from which the patient seems to have internalised the belief that “you win by imposing yourself”, limiting his ability to access more affective and cooperative relational modes. The therapeutic relationship, characterised by acceptance, empathy and abstract-narrative processes, has led to a gradual improvement in A.’s emotional regulation. The current clinical work is focused on reviewing his lifestyle, with the aim of restructuring dysfunctional beliefs and promoting more adaptive and socially oriented forms of interaction.

Keywords: AGGRESSION, SOCIAL INTEREST, THERAPEUTIC ALLIAN

Abstract – DALL'AGGRESSIVITÀ AL CAMBIAMENTO: LA FORZA TRASFORMATIVA DELLA RELAZIONE TERAPEUTICA. Secondo il modello adleriano, l'infanzia espone l'individuo a condizioni di dipendenza e vulnerabilità che generano un sentimento di inferiorità, nucleo motivazionale dei successivi processi di sviluppo. Tale vissuto attiva dinamiche compensatorie orientate alla costruzione di competenze e modalità comportamentali che consentano il passaggio dal “minus” al “plus”, sostenuto dalla volontà di potenza come forza evolutiva. Quando questa spinta non trova integrazione sociale, può esprimersi attraverso condotte aggressive, intese come reazioni difensive al senso di inadeguatezza. A., uomo di 47 anni, si è rivolto alla terapia a causa di comportamenti aggressivi e scoppi d'ira che per anni hanno compromesso il clima familiare. L'esplorazione dei primi ricordi e della costellazione familiare ha evidenziato la presenza di un padre dominante e aggressivo e di una madre accondiscendente, configurazione da cui il paziente sembra aver interiorizzato la convinzione che “si vince imponendosi”, limitando la possibilità di accedere a modalità relazionali più affettive e cooperative. La relazione terapeutica, caratterizzata da accoglienza, empatia e processi astrattivo-narrativi, ha favorito in A. un progressivo miglioramento della regolazione emotiva. Il lavoro clinico attuale è orientato alla revisione del suo Stile di Vita, con l'obiettivo di ristrutturare convinzioni disfunzionali e promuovere forme di interazione più adattive e socialmente orientate.

Parole chiave: AGGRESSIVITÀ, SENTIMENTO SOCIALE, ALLEANZA TERAPEUTICA

Introduzione

In linea con il quadro individualpsicologico, Adler pone quale fulcro del funzionamento umano un insieme di dinamiche motivazionali che orientano la costruzione del Sé e dello Stile di Vita. Tra i costrutti di riferimento vi sono la Volontà di Potenza, intesa come istanza autoaffermativa, e l'Interesse Sociale, cioè l'istanza cooperativa ad essa complementare che muove l'individuo in direzione del sentimento comunitario. Unitamente ad esse, figura nelle sue differenti forme il Sentimento d'Inferiorità (d'organo, psichica, relazionale) che, secondo Adler, è punto di partenza dinamico verso il miglioramento personale.

Dalla percezione di inferiorità prende forma il processo di Compensazione, strategia di controbilanciamento convergente su mete ideali di superiorità che, nonostante possa irrigidirsi in tratti disfunzionali, incarna il primo motore evolutivo in direzione del piano di vita [2].

In tal contesto, ha rilievo la funzione della pulsione aggressiva (etero- o autodiretta) che, diversamente dalla teoria freudiana, non può ridursi a mera trasformazione della pulsione sessuale. Per Adler [1] l'aggressività è componente prima dell'energia psichica, nonché forza a sostegno dell'autoaffermazione e a tutela dei confini soggettivi. Unitamente ad essa, anche la rabbia ha ruolo cardine poiché consente di ripristinare una distanza adeguata con l'esterno: spinge in direzione del bisogno soggettivo, circonda le richieste ambientali percepite e, anche attraverso prete modalità simboliche o finzionali, ribadisce una posizione di potere in linea con il senso di coerenza interna.

Il metodo adleriano conferisce importanza all'analisi della costellazione familiare e della fratria, nonché all'osservazione delle dinamiche evolutive in corso d'infanzia e adolescenza. Il rapporto con i modelli genitoriali, la qualità dell'educazione impartita (sia essa più accudente o punitiva, autorevole e affettiva oppure autoritaria e fredda) e i valori da esse rappresentati sono elementi chiave nella formazione dello Stile di Vita. I ruoli e gli stereotipi di genere veicolati in primis dalla relazione madre-padre e, soprattutto, le diverse attribuzioni che gli accudenti rivolgono ai vari figli (ciò per cui essi sono lodati, amati o riconosciuti) concorrono a una certa figurazione di Sé e del mondo [3].

Chiaro che nel percorso terapeutico tali pattern sono progressivamente oggettivati e visti con occhio critico: lo stile educativo, i valori interiorizzati e le aspettative apprese operano infatti quali matrici automaticamente replicate nelle relazioni attuali, il che corrobora i costrutti interni ed esterni. Anche al fine autoregolativo, la terapia ambisce a potenziare mentalizzazione ed empatia favorendo il riconoscimento di stati interni propri e altrui ma, soprattutto, dell'effetto determinato dai comportamenti agiti. Attraverso la legittimazione dei vissuti soggettivi e in linea con una sua più autentica possibilità evolutiva, il paziente può rinegoziare i suoi schemi relazionali, modificare i pattern disadattivi e orientarsi verso mete più flessibili e prosociali [2].

I. Il caso di A.

A., uomo di 47 anni, ha deciso di intraprendere un percorso terapeutico a seguito delle difficoltà nella gestione della rabbia e degli scoppi di ira che si manifestano soprattutto in ambito familiare nei confronti della moglie e dei figli.

Durante il primo colloquio, il paziente ha raccontato di non riuscire a comprendere cosa scateni la sua rabbia e di riconoscere solo a posteriori i momenti nei quali è verbalmente aggressivo e offensivo.

Tuttavia, gli eventi che scatenano in lui reazioni aggressive sono diventati sempre più frequenti e hanno creato un clima familiare insostenibile: né i figli né la moglie riescono a reagire e si chiudono nel silenzio essendo profondamente mortificati.

Il paziente ha scelto di intraprendere un percorso terapeutico motivato sia dalla situazione familiare sia dal desiderio di comprendere i meccanismi alla base della rabbia. Per A. è particolarmente arduo decodificare le proprie emozioni e le risposte corporee ad esse associate, risultando spesso confuso e disorientato.

Sin dalle prime sedute ha dimostrato una grande difficoltà nell'accedere ai propri ricordi e alle emozioni ad essi connesse. Tuttavia, i frammenti narrativi che è riuscito a fornire nel corso di alcune sedute hanno fatto emergere una famiglia di origine molto tradizionalista e patriarcale, fortemente condizionata dalla rigidità e dall'aggressività paterna. Il paziente ha descritto il padre come un uomo severo e rude sottolineando come la disobbedienza veniva punita attraverso aggressioni fisiche e verbali. La madre, al contrario, appariva premurosa ma accondiscendente e incapace di opporsi alla violenza del marito o di proteggere il figlio.

Le lacune mnestiche riguardavano soprattutto gli eventi emotivamente significativi. È probabile che, all'interno del suo Stile di Vita, A. avesse sviluppato un sistema difensivo coerente con il suo bisogno di controllo e di protezione che gli ha permesso di evitare il contatto con sentimenti di vulnerabilità e sofferenza troppo intensi da tollerare.

Il paziente, infatti, sembra aver interiorizzato un modello familiare in cui il maschile è associato alla forza, al dominio e all'aggressività mentre il femminile è percepito come debole, ma al tempo stesso empatico e emotivamente indipendente. Tali rappresentazioni del maschile e del femminile sono state determinanti nella formazione del suo Stile di Vita. Il paziente ha appreso precocemente che, per ottenere rispetto, deve imporsi senza mostrare vulnerabilità o tenerezza che lo esporrebbero al rischio di essere sopraffatto.

A. ha riferito come la relazione con la partner abbia acquisito stabilità prima che lui ne fosse davvero consapevole, ma nonostante le difficoltà iniziali, la coppia ha deciso di proseguire nella costruzione di un proprio nucleo familiare. Tale scelta potrebbe aver rappresentato per il paziente un tentativo, in parte inconsapevole, di costruire un proprio contesto familiare immaginato come più sicuro e riparativo rispetto alla famiglia di origine. Allo stesso tempo, può essere letta come una modalità compensatoria, orientata a trovare un ambiente alternativo in cui assumere un ruolo stabile e riconosciuto, capace di sostenere il suo senso di valore personale e di rafforzare la direzione del suo Stile di vita.

Sin dall'inizio, il percorso terapeutico si è rivelato molto complesso anche perché il paziente ha manifestato una forte resistenza e diversi attacchi al setting (desiderio di voler interrompere la terapia, svalutazione del lavoro svolto...) ma si è sempre presentato puntuale a tutti gli incontri.

Partendo da questo segno implicito di investimento relazionale, la coppia terapeuta-paziente ha iniziato a consolidare la relazione terapeutica. All'interno del setting terapeutico, A. ha potuto sperimentare un clima non giudicante e accogliente che gli ha consentito di aprirsi e di descrivere i litigi con la moglie e i figli nei quali utilizzava un linguaggio aggressivo e fortemente svalutante.

Progressivamente, la terapeuta è diventata per lui una figura speculare, capace di restituirgli con empatia e fermezza le emozioni non riconosciute e i vissuti negati.

Il percorso terapeutico si è dapprima focalizzato sull'alfabetizzazione emotiva, favorendo la capacità del paziente di osservare se stesso e di riconoscere le proprie emozioni.

Progressivamente ha imparato a distinguere con maggiore precisione le sfumature di rabbia, frustrazione, tristezza e paura, acquisendo strumenti per comprendere meglio le proprie reazioni e il proprio funzionamento affettivo. Sul piano relazionale, la terapeuta ha svolto una funzione di specchio e contenimento per favorire nel paziente un passaggio da relazioni centrate sulla competizione e la difesa del Sé a una maggiore cooperazione e empatia, lavorando sul rafforzamento del sentimento sociale. Con il consolidarsi della relazione terapeutica, A. è riuscito a rileggere emotivamente alcuni eventi del passato riuscendo faticosamente a riconoscere la tristezza per ciò che ha vissuto e il dolore per la propria infanzia negata.

Il paziente ha continuato a giustificare i comportamenti paterni sostenendo che, in passato, molte famiglie funzionavano in modo analogo alla sua. Progressivamente, però, ha iniziato a riconoscere la dimensione emotiva della violenza e a collegare tali vissuti alla propria attuale modalità di funzionamento. Ha così potuto osservare come alcuni suoi comportamenti, in particolare nel rapporto con i figli, ripropongano aspetti dello stile educativo paterno.

450 Daniela Bosetto, Vittoria Arena, Francesca Barillà, Valentina Di Liberto Parisi,
Davide Maria Giarratana, Marco Lenzi, Vincenza Scaglione

La comprensione del legame tra la rabbia attuale e l'antica paura di essere umiliato o non rispettato ha rappresentato un punto di svolta nel lavoro terapeutico. Tale processo di rielaborazione ha favorito una parziale revisione del suo Stile di Vita che da rigido e normativo sta gradualmente diventando più flessibile e consapevole.

Nel percorso terapeutico si stanno esplorando le sue modalità di gestione del potere e della cooperazione nelle relazioni significative, mettendo in discussione la finzione profondamente radicata nel paziente secondo cui imporre la propria volontà ai membri della famiglia costituirebbe la principale misura del proprio valore.

L'obiettivo è promuovere una prospettiva più cooperativa, orientata al sentimento sociale e a un senso di valore personale non basato sul dominio, ma sul reciproco sostegno e sulla collaborazione autentica.

II. *Conclusioni*

Il caso di A. mostra come l'aggressività, lungi dall'essere un semplice eccesso da reprimere, rappresenti l'esito di una lunga storia di vulnerabilità, inferiorità e modelli educativi centrati sul dominio. Nel quadro adleriano, la rabbia di A. può essere compresa come tentativo disfunzionale di proteggere il proprio valore e di mantenere una posizione di superiorità là dove il Sé si percepisce fragile e minacciato. La relazione terapeutica, fondata su accoglienza, empatia e fermezza, ha reso possibile oggettivare tali dinamiche e trasformare progressivamente la pulsione aggressiva in capacità di mentalizzazione e responsabilità.

Attraverso il lavoro sullo Stile di Vita, A. ha iniziato a riconoscere il legame tra il proprio agire presente e la matrice familiare interiorizzata, mettendo in discussione la finzione secondo cui "si vince imponendosi". L'emergere di una maggiore regolazione emotiva, di un sentimento sociale più sviluppato e di una visione più cooperativa delle relazioni familiari indica la possibilità di un uso evolutivo della forza aggressiva, orientata non più al controllo dell'altro, ma alla costruzione di legami più paritari, rispettosi e generativi.

Bibliografia

1. ADLER, A. (1908), Der Aggressionstrieb im Leben und in der Neurose, *Fortschr. Med.*, 26: 577-584.
2. ADLER, A. (1920), *Praxis und Theorie der Individualpsychologie*, tr. it. *Prassi e teoria della Psicologia Individuale*, Astrolabio-Ubaldini, Roma 1978.
3. ANSBACHER, H. L., ANSBACHER, R. R. (1956), *The Individual Psychology of Alfred Adler*, tr. it. *La Psicologia Individuale di Alfred Adler*, Firenze, Martinelli 1997.

Daniela Bosetto
scuolacrifu@gmail.com

Francesca Barillà
francesca-barilla@hotmail.it

Davide Maria Giarratana
davide.giarratana@yahoo.com

Vincenza Scaglione
scaglione.vincenza67@gmail.com

Vittoria Arena
avitt_62@yahoo.com

Valentina Di Liberto Parisi
v.dilibertoparisipsicologa@gmail.com

Marco Lenzi
mlenzipsicologo@gmail.com

Implorare lo specchio: il ruolo psicologico dello specchio nella letteratura classica e moderna

DANIELA BOSETTO, SIMONE RUGGIANO, FRANCESCA BERRI, GIULIA BONAFÈ

Summary – BESEECH THE MIRROR: THE PSYCHOLOGICAL ROLE OF THE MIRROR IN CLASSICAL AND MODERN LITERATURE. The mirror, a symbolic and psychological device, runs through Western literature from Greek tragedy to the modern novel. In Oedipus, the search for truth culminates in a mirrored confrontation with one's own repressed identity; in Narcissus, the protagonist rejects anyone who might love him because he considers them imperfect; his search for perfection has consequences both for others and for himself; Echo dissolves in despair because of his rejection, while he falls in love with her own reflection and dies; Snow White's magic mirror reveals the conflict between the ideal image and the decadence of the ego; the witch Grimhilde constantly seeks confirmation in the mirror of the unrealistic image she has of herself. The Creature in Frankenstein mirrors himself in the Other, being rejected for his deformity both by his creator and by those he meets, which generates alienation, anger, and a distorted perception of himself and others. In Lewis Carroll's *Through the Looking Glass*, Alice enters the mirror, which acts as a link between reality and fantasy, a distorted reflection of reality, and it is possible to pass through it to discover new truths. In Harry Potter, the Mirror of Erised represents a visual projection of unconscious desire, revealing the tension between individual aspiration and real limitations. In Dracula, the mirror reveals a liminal and disturbing condition: the vampire does not reflect himself, symbolically signifying his lack of identity and soul. The Picture of Dorian Gray symbolically replaces the mirror, and the apparent immutability of the subject hides an inner degeneration and a pathological split between what appears to be and what is. Through these exemplary cases, historically the mirror embodies the symbolism linked to the double, the Adlerian fictions, the self-attributed and hetero-attributed identity, and the tension between desire and reality.

Keywords: MIRROR, LITERATURE, MIRRORING, FICTION

Abstract – IMPLORARE LO SPECCHIO: IL RUOLO PSICOLOGICO DELLO SPECCHIO NELLA LETTERATURA CLASSICA E MODERNA. Lo specchio, dispositivo simbolico e psicologico, attraversa la letteratura occidentale dalla tragedia greca al romanzo moderno. Nell'Edipo, la ricerca della verità culmina con il confronto speculare con la propria identità rimossa. Nel Narciso, il protagonista rifiuta chiunque possa amarlo, perché li ritiene imperfetti; la sua ricerca di perfezione ha conseguenze sia sull'Altro che su di sé: Eco si dissolve disperata a causa del suo rifiuto mentre lui si innamora del proprio riflesso e muore. Lo specchio magico di Biancaneve rende visibile il conflitto tra immagine ideale e decadenza dell'Io: la strega Grimilde ricerca nello specchio continue conferme dell'immagine irrealistica che ha di sé. La Creatura nel Frankenstein si specchia nell'Altro, venendo respinto per la propria deformità sia dal proprio creatore sia da chi incontra e ciò genera in lui alienazione, rabbia ed una percezione distorta di sé e degli altri.

In Alice attraverso lo specchio di Lewis Carrol, la protagonista entra nello specchio che si configura come elemento di congiunzione tra realtà e fantasia, come riflesso distorto del reale, ed è possibile oltrepassarlo per scoprire nuove verità. In Harry Potter, lo Specchio delle Brame rappresenta una proiezione visiva del desiderio inconscio, che rivela la tensione tra aspirazione individuale e limite reale. In Dracula, lo specchio rivela una condizione liminale e perturbante: il vampiro non si riflette, significando simbolicamente la sua assenza di identità e di anima. Il ritratto di Dorian Gray sostituisce simbolicamente lo specchio, e l'apparente immutabilità del soggetto nasconde una degenerazione interiore e una scissione patologica tra ciò che pare e ciò che è. Attraverso questi casi esemplari, storicamente lo specchio incarna la simbologia legata al doppio, le finzioni Adleriane, l'identità autoattribuita ed eteroattribuita, la tensione tra il desiderio e la realtà.

Parole chiave: SPECCHIO, LETTERATURA, RISPECCHIAMENTO, FINZIONI

Introduzione

In questo poster lo specchio è stato considerato come un dispositivo simbolico e psicologico che ha attraversato tutta la letteratura occidentale dalla tragedia greca al romanzo moderno.

Lo specchio incarna la finzione in senso adleriano e il rispecchiamento di sé stessi e della propria identità, la psicologia duale e la tensione tra ciò che desideriamo e lo scontro con la realtà oggettiva.

Il rispecchiamento dei protagonisti può essere considerato come una profezia che si autoavvera: spesso infatti essi nello specchio ricercano conferme e pregiudizi riguardo al proprio sé ideale consolidato e immutabile, che però vengono disillusi non appena il sé riflesso si scontra con il sé reale e il rimando dato dall'alterità.

I. Letteratura classica

Edipo è il capostipite della ricerca di rispecchiamento, vive in una realtà illusoria che gli viene rivelata quando apprende le sue vere origini. Lo specchio è una metafora della ricerca di sé stessi, della propria identità e di un confronto con la verità interiore nascosta, ma in realtà sempre saputa.

Il desiderio inconscio di scoperta s'incarna nel legame con la madre, un legame fusionale che si prolunga quanto più manca il rispecchiamento: una madre che non risponde ai bisogni diventa una madre idealizzata, il mancato rispecchiamento blocca l'essere umano nella fusionalità, in un attaccamento edipico al negativo disfunzionale, distruttivo, ma che continua ad essere messo in atto.

In questo caso lo specchio simboleggia la finzione adleriana del controllo rappresentata dalla vita precedente di Edipo, la cui identità crolla nel momento in cui prende atto della propria identità. Pur di non accettare la realtà, Edipo decide di non vederla accecandosi.

In Narciso lo specchio incarna la finzione della superiorità: il protagonista non riesce a ricambiare l'amore di nessuno perché ritiene l'altro imperfetto, la sua costante ricerca di perfezione lo ha reso incapace di relazionarsi con l'altro. Il rispecchiamento diventa una trappola illusoria che blocca Narciso in un amore verso un sé alieno, non riconosciuto, seppur ideale. L'Io fragile e vuoto quanto il proprio desiderio porta il protagonista a morire per l'impossibilità di amare il suo stesso riflesso.

II. *La fiaba*

Nella fiaba di Biancaneve, lo specchio magico è il personaggio chiave da cui ha inizio tutta la storia. Grimilde, la regina cattiva, vive la finzione della superiorità supportata dai rimandi dello specchio fino a che non si scontra con la realtà: Biancaneve è diventata più bella di lei, il confronto con l'alterità smaschera la sua profonda insicurezza, la finzione del suo io idealizzato.

Grimilde non ha quindi un'autostima ben strutturata ma il giudizio di sé dipende da quello dello specchio magico. Lo specchio, in questo caso, è metafora della società che valuta le persone, soprattutto le donne, attraverso canoni estetici irraggiungibili che portano ad una continua svalutazione di sé fino ad arrivare al dismorfismo corporeo.

III. *Letteratura moderna*

Nel romanzo di Mary Shelley "Frankenstein o il moderno Prometeo" la Creatura è specchio del suo creatore Victor e viceversa. Victor si aspetta che la sua creazione lo consacrì nella sua superiorità e perfezione di scienziato illuminato, la Creatura invece ricerca nel Victor-padre un rispecchiamento, l'accettazione come figlio.

Entrambi rimarranno delusi poiché lo scienziato vede nella creatura la parte di sé mostruosa e inaccettabile e la Creatura verrà rifiutata e allontanata da Victor. La Creatura continua a soffrire per la propria inferiorità per il rifiuto prima della figura genitoriale e poi del mondo. Il mostro si osserverà in uno specchio d'acqua e rimarrà sconvolto dal proprio aspetto, si riconoscerà, ma non si accetterà, capirà perché è stato rifiutato e, come nel Narciso, l'immagine di sé lo condanna alla solitudine e all'infelicità.

In "Alice attraverso lo specchio" di Lewis Carroll, lo specchio rappresenta una soglia tra due mondi separati e inversi e, allo stesso tempo, diviene metafora del confronto interiore, della crescita personale e del cambiamento. Qui riflettere significa anche "pensare", e tutto il racconto è un'esplorazione della mente, della realtà e dell'assurdo. Il viaggio di Alice diventa una metafora adleriana della crescita individuale, della capacità di adattarsi e sviluppare un sé più flessibile e dinamico.

La tematica dello specchio in "Harry Potter e la pietra filosofale" è profondamente simbolica, lo Specchio delle Brame riflette i desideri più profondi di chi gli si affaccia.

Lo specchio non mostra semplicemente il riflesso di chi gli sta di fronte, ma le finzioni interiori del soggetto, diventando, così, una finestra sull'inconscio: non riflette il sé reale, ma ciò che manca. Lo specchio rischia di diventare un pericolo in quanto diventa fuga dalla realtà, una trappola che blocca il dinamismo del cambiamento. Il desiderio, infatti, se trasformato in ossessione, può paralizzare. L'autrice ci fa capire che imparare a guardarsi dentro senza perdersi è un passo fondamentale verso la maturazione e verso il finalismo causale.

Ne "Il ritratto di Dorian Gray" di Oscar Wilde, è il ritratto ad assumere la valenza di specchio, che diviene specchio dell'anima. Il protagonista vive nella finzione dell'eterna giovinezza e della perfezione, negando il senso di colpa, il tempo e la responsabilità. Dorian teme gli specchi perché, in realtà, teme il giudizio altrui e, quando distrugge il ritratto è come se spezzasse lo specchio, tentando di negare la verità e cancellare le conseguenze delle sue azioni, provocando tragicamente la distruzione di sé stesso.

Nel romanzo "Dracula" di Bram Stoker lo specchio è simbolo di verità, identità e coscienza, e Dracula, non avendo un riflesso, rappresenta la negazione del rispecchiamento, la finzione di controllo e il potere assoluto, l'immortalità. Il vampiro non si riflette nello specchio perché non ha un'anima, una coscienza, un'identità, è una creatura che esiste al di là della realtà, collegata all'inconscio e al desiderio. Si relaziona con l'altro solo attraverso il controllo sia fisico che mentale ed essendo privo di un sé autentico non può comprendere e accettare il sé dell'altro.

IV. Conclusioni

Nella letteratura classica e moderna sono numerosi gli esempi in cui lo specchio ha un ruolo centrale. Nelle opere da noi scelte, lo specchio rappresenta la distanza tra il sé reale e il sé idealizzato.

Le finzioni messe in atto dai protagonisti sono strategie per colmare sentimenti di insicurezza o inferiorità. Ma lo specchio, reale o simbolico che sia, costringe i personaggi a vedere la verità, rompendo le illusioni e aprendo la strada a una possibile trasformazione, talvolta tragica.

Bibliografia

1. ANSBACHER, H. L., ANSBACHER, R. R., (1956), *The Individual Psychology of Alfred Adler*, tr. it. *La Psicologia Individuale di Alfred Adler*, Martinelli, Firenze 1997.
2. CARROLL, L. (1865), *Alice's Adventures in Wonderland*, tr. it. *Alice nel paese delle meraviglie*, BUR Rizzoli, Milano, 2015.
3. GRIMM, J., GRIMM, W. (1812-1815), *Kinder und Hausmärchen*, tr. it. *Biancaneve e altre fiabe dei fratelli Grimm*, L'ippocampo, Milano, 2022.
4. MACRÌ, S. (a cura di, 2020), *Ovidio, Filostrato, La Fontaine, Valéry, Rilke, William García Lorca, Borges, Ritsos, Pasolini, Walcott, Narciso. La passione dello sguardo*, Marsilio Ed., Venezia.
5. ROWLING, J. K. (1997), *Harry Potter and the Philosopher's Stone*, tr. it. *Harry Potter e la pietra filosofale*, Salani editore, Milano 2022.
6. SHELLEY, M. (1818), *Frankenstein*, tr. it. *Frankenstein*, BUR Rizzoli, Milano 2015.
7. SOFOCLE (V sec. a. C.), *Οἰδίππος τύραννος*, tr. it. *Edipo re*, Correale, L. (a cura di), Feltrinelli, Milano 2013.
8. STOKER, B. (1897), *Dracula*, tr. it. *Dracula*, BUR Rizzoli, Milano, 2020.
9. WILDE, O. (1890), *The Picture of Dorian Gray*, tr. it. *Il ritratto di Dorian Gray*, L'ippocampo, Milano 2024.

Daniela Bosetto
scuolacrifu@gmail.com

Francesca Berri
francesca.berri@yahoo.it

Simone Ruggiano
simone.ruggiano@gmail.com

Giulia Bonafè
giulia.bonafe01@gmail.com

Il blocco della differenziazione filiale nella famiglia nevrotica

SILVIA BROCCA, CHIARA ROSELLINI

Summary – THE IMPEDIMENT TO FILIAL DIFFERENTIATION WITHIN THE NEUROTIC FAMILY. The relationship with the father, the mother, and the siblings inevitably guides the construction of each individual's Lifestyle, since the family, as the original context, conveys the development of identity and relational abilities. This paper presents the synthesis of the therapy of two brothers, the second-born and the last-born, who differ in identity but use neurotic mechanisms and construct similar reinforced fictions, acquired from their developmental environment. In this sense, the family provides the individual with distorting lenses through which the Self and the external world are perceived - lenses that can lead to social withdrawal and to the inward turning of one's pain, hindering differentiation, with the aim of maintaining a neurotic familial fusion.

Keywords: *FICTIONS, NEUROTIC FAMILY, FUSIONALITY, SEPARATION-INDIVIDUATION, SIBLINGS*

Abstract – IL BLOCCO DELLA DIFFERENZIAZIONE FILIALE NELLA FAMIGLIA NEVROTICA. Il rapporto con il padre, la madre e la fratria orienta inevitabilmente la costruzione dello Stile di Vita di ogni individuo, poiché la famiglia, in quanto contesto originario, veicola lo strutturarsi dell'identità e delle capacità relazionali. Si presenta la sintesi della terapia di due fratelli, secondogenito e ultimogenito, differenti per stile di vita, che utilizzano meccanismi nevrotici e strutturano finzioni rafforzate simili, acquisite dall'ambiente di crescita. In tale senso, la famiglia fornisce all'individuo lenti da vista deformanti rispetto al Sé e al mondo esterno, lenti che possono indurre al ritiro sociale e al ripiegamento su di sé del dolore, ostacolando la differenziazione, con l'obiettivo di mantenere una fusionalità familiare nevrotica.

Parole chiave: *FINZIONI, FAMIGLIA NEVROTICA, FUSIONALITÀ, SEPARAZIONE-INDIVIDUAZIONE, FRATRIA*

Introduzione

La famiglia è il luogo relazionale e simbolico in cui ognuno inizia il proprio addestramento rispetto alla convinzione che ha di sé, degli altri, del mondo e del ruolo da sostenere all'interno del suo contesto sociale di riferimento [4, 5].

Questa convinzione, di matrice identitario-relazionale e che quindi getta le basi per la strutturazione più profonda dello Stile di Vita, risente della qualità e della quantità delle interazioni primarie di cui il bambino fa esperienza. Oltre alla relazione Madre-bambino, che prende le sue mosse già nel perinatale e poi nel neonatale [3], lo Stile di Vita viene a strutturarsi a partire dall'orientamento familiare, inteso come rapporti tra i membri, i valori, l'atmosfera, l'ordine di nascita e la posizione psicologica, ovvero la collocazione di ruolo del bambino, *"la situazione in cui è nato e il modo in cui la interpreta"* (2, p. 96).

Il gruppo famiglia ha, inizialmente, lo scopo di creare un'identità collettiva tra tutti i suoi membri, permettendo di rispondere ad un bisogno di appartenenza. Al suo interno si strutturano finzioni finalizzate al mantenimento della coesione di gruppo e utili alla sopravvivenza del gruppo stesso. Completati i compiti di sviluppo dei singoli individui, all'interno della famiglia sana, i genitori favoriscono i processi di separazione ed individuazione dei figli che riescono a strutturare proprie interpretazioni del mondo senza mettere in discussione i valori fondanti della famiglia.

Al contrario, ciò che accade nella famiglia nevrotica è un blocco nei processi di separazione ed individuazione dei suoi membri, blocco che annienta la paura della disgregazione. Questa paura è indice di un complesso di inferiorità che vede, nell'autonomia dei figli, non tanto una possibilità evolutiva positiva ma la messa in discussione della più allargata identità familiare.

Sempre all'interno del contesto famiglia si acquisiscono le modalità sociali-relazionali [6]. L'approccio nevrotico al mondo porta a fuggire le difficoltà: il nevrotico, infatti, non riesce a soddisfare i compiti vitali (amore, lavoro, amicizia) e tende a costruire interpretazioni fittizie che hanno l'obiettivo di permettergli un rifugio nel controllo e nel perfezionismo, imponendo, però, un allontanamento dal sociale. [1, 8].

Di seguito si presenterà sinteticamente come esempio la terapia di due fratelli: Bruno (secondogenito) e Giorgia (ultimogenita) arrivati in consulenza individuale per sintomatologia psicosomatica.

I. *Anamnesi della costellazione familiare, Primi Ricordi e Stile di Vita di Bruno e Giorgia*

Entrambi i pazienti nominano la madre come prima figura nella costellazione familiare. Di seguito si propone una sintesi delle loro osservazioni, che trova una fortissima somiglianza nelle definizioni date da entrambi. La madre viene descritta come la persona più importante all'interno della famiglia, un *“vero e proprio pungiball”*, colei che riesce a *“lasciare liberi i figli nelle loro scelte”*.

È *“determinata: se c'è una ingiustizia va a fondo”* e *“premurosa: ha sempre messo la famiglia prima di tutto / si è messa la famiglia sulle spalle”*, *“è buona, ti dà l'animo”*. All'interno di entrambi i percorsi terapeutici, però, la madre emerge come una figura ingombrante, collusiva e invischiante, dalla quale i figli faticano a separarsi.

Il padre, invece, appare una figura poco presente nell'infanzia dei figli, tanto che il rapporto con loro sembra essere iniziato con il suo pensionamento; mentre Giorgia mantiene comunque una percezione un po' più positiva del papà e non ha mai sentito la sua imposizione rispetto alle scelte di vita, Bruno si è sempre considerato meno visto dal padre rispetto ai fratelli e condizionato nelle scelte.

Il padre è, quindi, *“permaloso: in qualsiasi discussione o dibattito che si ha con lui, lui la prende sempre sul personale”*, *“solare: la prende sempre col sorriso. Cerca di vedere sempre il lato positivo delle cose, è una cosa che gli si invidia molto”*; ma anche *“superficiale: lui ha delle responsabilità per quanto riguarda la precaria situazione economica che viviamo in casa nostra in questo momento”*.

Nella costellazione familiare è presente poi il primogenito (Antonio, 1992), considerato dai fratelli come una persona molto riservata, che sta sempre sulle sue. Ad Antonio vengono anche attribuite qualità, quali la gentilezza e la disponibilità. *“A volte per conoscerlo dovevi guardarlo di nascosto. Lui è il preferito di papà perché lo difende sempre”*. A lui seguono Bruno (secondogenito, 1994) e Giorgia (terzogenita, 1996).

Nella tabella sottostante (cfr. Tabella 1) vengono schematicamente riportati i Primi Ricordi e l'interpretazione dello Stile di Vita dei due pazienti presentati.

BRUNO	GIORGIA
PRIMI RICORDI 5 aa: In Sardegna, scendo da questa gradinata verso una spiaggia. C'era un corrimano a sinistra, vicino al muro, a destra c'era il vuoto. 6 aa: Gita a Milano per gara di atletica. Dovevamo fare il salto in alto; io ero il più basso di tutti e non riuscivo a saltare l'asta. Entro in panico. 6/7 aa: io ho i capelli ricci. A scuola, il mio compagno mi chiede perché ho i capelli bruciati. Io vado a casa e mi guardo allo specchio e mi accorgo di averli crespi. Inizio a pettinarli violentemente ma restano sempre uguali. Arriva zia che mi chiede cosa io stia facendo. Le dico piangendo che ho i capelli bruciati e non riesco a sistamarli. Lei mi spiega che non sono bruciati, ma sono ricci.	PRIMI RICORDI 3/4 aa: Papà mi porta alla Canottieri di Milano, io non sapevo ancora nuotare. Papà si è tuffato subito in piscina e, per scherzare, mi schizzava l'acqua addosso per farmi entrare velocemente. Io volevo tenere sui miei braccioli anche se il papà aveva lì pronta la tavoletta per aiutarmi a nuotare. Alla fine decido di nuotare con la tavoletta. 5 aa: Il più spaventoso. Eravamo ad una sagra e io giocavo sui gonfiabili. Mia madre, non so come mai, ad un certo punto viene a vedere se va tutto bene. Non mi trova subito e inizia a chiamarmi. Un bambino le dice che ero seduto sotto al castello che piangevo perché mi aveva punto un insetto. La mamma mi porta dalla dottoressa dell'ambulanza che le dice di portarmi in ospedale perché probabilmente avevo in corso una reazione allergica. Poi mio zio mi regala due pacchetti di caramelle. 5/6 aa: Io e una mia amica giocavamo a casa della zia con le tempere. Eravamo proprio sopra la tovaglia ricamata a mano dalla bisnonna. Ovviamente l'abbiamo sporcata. La mamma, per far finta di sgridarmi davanti alla zia, mi ha detto che mi avrebbe tirato via i soldi dalla paghetta per la tintoria, ma io non l'avevo e quindi ha pagato lei. La tovaglia è ancora macchiata.
STILE DI VITA Bruno costruisce un'idea di sé basata sull'imperfezione che si identifica nell'imperfezione fisica (altezza, capelli). Quest'ultima diventa simbolo di dolore ma anche di attenzione (mai ricevuta nei momenti gloriosi) nel nucleo familiare. L'unico modo per essere visto è stare male perché ogni altro tentativo (scuola, il giocare a basket per ottenere approvazione) viene ignorato. In quanto secondogenito di tre, non c'è tempo di occuparsi dei suoi successi. Il mondo esterno è giudicante, le persone lo mettono in imbarazzo. Per cui Bruno costruisce un percorso basato sull'evitamento delle relazioni e sulla ricerca del design dell'abbigliamento come uno strumento di cancellazione dell'imperfezione.	STILE DI VITA Giorgia impronta il suo stile di vita sulla possibilità di accondiscendere gli altri per paura di non riuscire a farcela da sola. Se spinta verso condizioni di autonomia e indipendenza, sviluppa delle problematiche di salute che esprime attraverso il corpo. Questa condizione la porta a rimanere in una condizione di stallo all'interno del suo contesto familiare il quale, nel tempo, ha sviluppato la modalità di responsabilizzarsi al suo posto, facendo finta di essere grande ma sempre sotto il controllo genitoriale.

Tabella 1: schematizzazione dei Primi Ricordi e dello Stile di Vita dei due pazienti.

II. *Finzioni in comune*

Nonostante i Primi Ricordi e l'interpretazione e analisi dello Stile di Vita sottolineano l'unicità dei due pazienti, all'interno dei due diversi percorsi terapeutici emergono finzioni fittizie comuni, derivanti dal contesto familiare di crescita. I due fratelli utilizzano il linguaggio corporeo in una duplice valenza: da un lato, il sintomo fisico serve come catalizzatore di attenzione su di loro stessi, dall'altro lato, permette il disinvestimento dai Compiti Vitali.

- Siamo inadeguati e identifichiamo l'inadeguatezza nel corpo (lato estetico e medico-clinico).
- Siamo visti solo se stiamo male (sviluppiamo gastrite, problemi intestinali, e la presenza di comportamenti-problema).
- Evitiamo il mondo perché ci giudica.
- I nostri genitori sono orientati solo a confliggere e non alla cura nutritiva dei figli.

Orientamento della terapia

Declinandolo all'interno di due specifici contesti terapeutici individuali, la terapia è stata orientata a:

- Riconoscere come l'inadeguatezza sia una finzione familiare, legata alla percezione che i genitori hanno tra di loro come coppia.
- Riconoscere il mondo esterno come un mondo accogliente, il mondo del possibile, dove gli Altri non sono da intendersi come giudicanti, svalutanti, ma diventano occasione di adattamento alla collettività.
- Riconoscere l'adeguatezza personale in mondi diversi dal corpo (studio/lavoro), spostando le attività e gli interessi personali sul lato utile della vita, rendendoli, quindi, simbolo di cambiamento, non di mascheramento e di fuga.
- Sganciarsi dai pregiudizi familiari e aprirsi alle relazioni.

La stanza d'analisi diventa allora il luogo per favorire il processo di differenziazione e separazione attraverso un approccio incoraggiante e la valorizzazione del Sé creativo dei pazienti, veicolato sul lato utile della vita [7, 9]. Nel corso della terapia, la coscientizzazione delle dinamiche familiari e delle finzioni sfiduciate verso l'esterno hanno lasciato spazio dapprima al riconoscimento dello scoraggiamento e poi a gesti di sperimentazione, di apertura verso esperienze nuove colorate di vitale significato.

Bibliografia

1. ADLER, A. (1927), *Menschenkenntnis*, tr. it., *La conoscenza dell'uomo secondo la psicologia individuale*, Grandi Tascabili Economici Newton, Roma 1975.
2. ADLER, A. (1929), *Problems of Neurosis*, A Book of Case-Histories, Kegan Paul, Trench, Truebner & Co., London.
3. ADLER, A. (1931), *What Life Should Mean to You*, tr. it., *Cosa la vita dovrebbe significare per voi*, Grandi Tascabili Economici Newton, Roma 1976.
4. ANSBACHER, H. L., ANSBACHER, R. R. (1956), *The Individual Psychology of Alfred Adler*, tr. it., *La Psicologia Individuale in Alfred Adler*, Martinelli, Firenze 1997.
5. BOSCO, L. (2024), L'influenza della posizione di nascita nella strutturazione dello stile di vita, *Riv. Psicol. Indiv.*, 95: 39-60.
6. CAZZANIGA, G., VIGLIANCO, P., SIGNA, C., ZUCCOLIN, M. (2010), Efficacia del counseling adleriano individuale e di gruppo con genitori di pazienti affetti da DCA, *Riv. Psicol. Indiv.*, 67: 83-100.
7. GHIDONI, C. (2017), Volti del limite e della speranza in psicoterapia, *Riv. Psicol. Indiv.*, 81: 69-84.
8. PARENTI, F. (1981), *Adler dopo Adler*, Istituto Alfred Adler di Milano, Milano.
9. ROVERA, G. G. (2016), Transmotivazione: proposta per una strategia dell'incoraggiamento, *Riv. Psicol. Indiv.*, 80: 9-29.

La narrazione come specchio del prendersi cura: un modello concettuale basato sulle carte Dixit

LUCA BURDISO, SARA BRIGLIADORI
con la collaborazione di FEDERICO DE MARCO

Summary – THE NARRATIVE AS A MIRROR OF CAREGIVING: A CONCEPTUAL MODEL BASED ON DIXIT CARDS. Family caregiving involves intense and ambivalent emotions that shape the daily relationship with the dependent person. Anxiety, guilt, gratitude and relief may distort self-perception and the meaning of one's caregiving role. Within the frame-work of Adlerian Individual Psychology, the Take Care project (Busca, 2025) used Dixit cards as a narrative and symbolic tool to support a group of family caregivers. The evocative images facilitated emotional exploration and the construction of personal and shared narratives. Based on qualitative observation, a conceptual model is proposed, structured around three interconnected components: emotional experience, narration and care practice. Dixit cards performed four key functions, symbolic, narrative, group-related and clinical, promoting mirroring processes, emotional regulation and the reactivation of social interest. The comparison with SIPI literature, including the clinical application [8], highlights both continuity and an extension of narrative tools to community settings. The model suggests implications for psychological work in community services and opens paths for future research and empirical validation.

Keywords: INDIVIDUAL PSYCHOLOGY, CAREGIVERS, NARRATIVE

Abstract – LA NARRAZIONE COME SPECCHIO DEL PRENDERSI CURA: UN MODELLO CONCETTUALE BASATO SULLE CARTE DIXIT. Il caregiving familiare è attraversato da emozioni ambivalenti che influenzano profondamente la relazione con la persona assistita. Ansia, senso di colpa, gratitudine e sollievo possono diventare lenti che deformano la percezione di sé e del proprio ruolo. Inserito nella cornice della Psicologia Individuale, il progetto Take Care (Busca, 2025) ha utilizzato le carte Dixit come dispositivo narrativo e simbolico per sostenere un gruppo di caregiver familiari. Le immagini evocative hanno facilitato l'esplorazione del vissuto emotivo e la costruzione di narrazioni personali e condivise. A partire dall'osservazione qualitativa del gruppo, viene proposto un modello concettuale articolato in tre componenti interconnesse: vissuto emotivo, narrazione e pratica di cura. Le carte Dixit hanno svolto quattro funzioni specifiche: simbolica, narrativa, gruppale e clinica, favorendo processi di rispecchiamento, regolazione emotiva e riattivazione del sentimento sociale. Il confronto con la letteratura SIPI mostra continuità con altri impieghi clinici degli strumenti narrativi [8], e ne estende l'utilizzo ai contesti comunitari. Il modello suggerisce implicazioni per la pratica psicologica nei servizi territoriali e apre piste per sviluppi futuri e validazioni empiriche.

Parole chiave: PSICOLOGIA INDIVIDUALE, CAREGIVER, NARRAZIONE

Introduzione

Il caregiving familiare rappresenta un ambito caratterizzato da forte intensità emotiva, ambivalenza e solitudine relazionale. Le emozioni che attraversano l'esperienza come ansia, colpa, frustrazione, tenerezza e sollievo, possono deformare la percezione di sé e incidere sul senso del proprio agire. Da una prospettiva adleriana, tali distorsioni dell'immagine di sé possono essere comprese come espressioni di una temporanea perdita di sentimento sociale, ovvero della capacità di percepirsi parte della comunità e di sentirsi sostenuti dagli altri [1, 2].

Il tema del XXX Congresso SIPI, dedicato agli “specchi deformanti”, offre una cornice utile per interpretare il vissuto dei caregiver. La narrazione simbolica in gruppo può funzionare come dispositivo per riorganizzare emozioni e significati, restituendo coerenza e direzione all'esperienza.

Contesto del progetto Take Care:

Il modello presentato nasce dall'esperienza Take Care, un percorso psicologico comunitario realizzato nel comune di Busca (CN) nel 2025, e rivolto a caregiver familiari di persone non autosufficienti. Il progetto, sostenuto dal Comune, dall'Istituto di Psicologia Individuale A. Adler di Cuneo e con la collaborazione di CSAC, ASL CN1 e La cura nello sguardo, ha previsto una serie di incontri mensili condotti da uno psicoterapeuta, affiancato da tirocinanti in formazione. La finalità era offrire uno spazio di riflessione emotiva, sostegno e costruzione di senso attraverso dispositivi narrativi e simbolici. L'osservazione qualitativa delle dinamiche emerse nel gruppo ha costituito il punto di partenza per la formulazione del modello concettuale qui presentato.

I. Metodologia

Il modello concettuale deriva dall'osservazione qualitativa di un gruppo di caregiver partecipanti al percorso *Take Care*. L'approccio è fenomenologico-narrativo: sono state analizzate le narrazioni spontanee generate dalle immagini delle carte Dixit, osservando ricorrenze tematiche, processi di rispecchiamento e trasformazioni soggettive. Il dispositivo non aveva finalità diagnostiche, ma mirava a favorire simbolizzazione, espressione emotiva e costruzione di senso condiviso. I materiali sono stati interpretati secondo categorie emergenti e riferimenti adleriani e narrativi [1, 6].

II. Cornice teorica

La Psicologia Individuale concepisce la persona come unità psichica orientata al significato, il cui funzionamento emotivo e relazionale si esprime sempre all'interno della comunità [1]. In questa prospettiva, il sentimento sociale rappresenta una predisposizione profonda a percepirsi parte del mondo umano, cercando cooperazione e appartenenza [2].

La fatica del caregiving può indebolire questa direzione, generando vissuti di solitudine e irrigidimenti dello stile di vita.

La teoria narrativa offre un secondo asse interpretativo. Secondo Bruner, l'essere umano organizza l'esperienza attraverso storie che danno forma all'identità e consentono di favorire coerenza ai vissuti [6]. La narrazione è un processo trasformativo che rende pensabile ciò che altrimenti resterebbe indistinto.

Accanto alla dimensione narrativa, la simbolizzazione rappresenta un canale privilegiato per accedere al mondo interno. Le immagini evocative, come quelle delle carte Dixit, attivano un registro immediato e corporeo, capace di far emergere sensazioni, ricordi e intuizioni senza passare subito attraverso la mediazione cognitiva.

La scelta di una carta implica un contatto sensoriale ed emotivo che precede la formulazione verbale, diventando un ponte tra esperienza vissuta e narrazione. Ciò permette di aggirare resistenze e blocchi emotivi: nei momenti di stallo o di sofferenza intensa, l'immagine consente di nominare ciò che appare indicibile, mantenendo una distanza sufficiente per non sentirsi sopraffatti.

Il passaggio dal sentire al narrare, sostenuto dal simbolo, favorisce un movimento riflessivo che riorganizza l'esperienza e la trasforma in conoscenza di sé. Questi processi si attivano più efficacemente in una relazione sufficientemente sicura. L'uso di dispositivi simbolici richiede infatti un clima di fiducia, accoglienza e non giudizio, coerente con la postura rogersiana di autenticità e accettazione [12]. La sicurezza relazionale permette ai caregiver di esporsi emotivamente e di condividere parti sensibili della propria storia.

In questo senso, l'atteggiamento dello psicoterapeuta diventa esso stesso un fattore attivo del processo: una presenza discreta, incoraggiante e non direttiva facilita la co-costruzione di significati e sostiene la simbolizzazione.

La dimensione emancipativa, descritta da Freire [8], completa il quadro teorico del modello: la possibilità di prendere parola e attribuire significato alle proprie emozioni non genera solo sollievo, ma restituisce agency. All'interno del gruppo, questo movimento si intreccia con dinamiche di risonanza e rispecchiamento, trasformando l'esperienza individuale in materiale condiviso. Come mostrato dalle teorie sul sostegno reciproco e sulle reti sociali [7], il gruppo diventa un contesto generativo di senso, rafforzando il sentimento di appartenenza.

In questa cornice teorica, l'uso delle carte Dixit nel percorso Take Care non rappresenta un semplice strumento espressivo, ma un dispositivo narrativo e simbolico che rende visibile e condivisibile l'esperienza di cura.

III. *Risultati: il modello concettuale*

L'analisi qualitativa delle narrazioni ha permesso di individuare tre componenti interconnesse:

Vissuto emotivo

Le carte attivano emozioni complesse e ambivalenti. L'immagine funge da superficie di proiezione che permette di accedere al vissuto con minor esposizione.



Narrazione

Il passaggio dal sentire al raccontare genera una riorganizzazione dell'esperienza. La narrazione attribuisce significato a emozioni che possono essere mute, confuse o non integrate con l'esperienza.



Pratica di cura

I nuovi significati influenzano i gesti quotidiani: maggiore tolleranza, capacità di chiedere aiuto, riconoscimento dei limiti, ridefinizione della postura interna.

IV. *Le funzioni delle carte Dixit*

Le carte Dixit hanno svolto quattro funzioni distinte:

1. **Funzione simbolica:** l'immagine offre una distanza protetta e rende esprimibile ciò che è difficile da dire.
2. **Funzione narrativa:** le carte generano storie che conferiscono coerenza all'esperienza.
3. **Funzione gruppale:** favoriscono rispecchiamento, universalità, appartenenza.
4. **Funzione clinica:** attivano regolazione emotiva, insight e incoraggiamento.

Il modello assume una struttura circolare in cui emozione, narrazione e cura si influenzano reciprocamente.

V. *Applicazioni nel percorso Take Care*

Nel gruppo, le carte sono state utilizzate per rappresentare lo stato emotivo dei partecipanti e per individuare risorse personali. Le immagini hanno facilitato la condivisione di emozioni ambivalenti e l'emersione di risorse spesso trascurate. Il gruppo ha funzionato come spazio di incoraggiamento: le narrazioni individuali si sono intrecciate in un processo di risonanza che ha ridotto la solitudine e rafforzato il senso di appartenenza.

VI. *Discussione*

Il modello si colloca nel tema del Congresso dedicato agli “specchi deformanti”: nel caregiving la fatica quotidiana può alterare la percezione di sé. La narrazione simbolica permette di raddrizzare tali lenti, restituendo al caregiver una visione più realistica e incoraggiante della propria esperienza.

Il confronto con *Odissea Illustrata* [8] evidenzia continuità nell’uso narrativo delle carte Dixit, ma anche una differenza sostanziale: mentre in un contesto clinico esse facilitano l’esplorazione intrapsichica, nel progetto *Take Care* diventano strumenti per modulare lo spazio relazionale tra i partecipanti, generando sostegno reciproco e significati condivisi.

Il modello presenta alcuni limiti: campione ridotto, durata breve, assenza di strumenti quantitativi e difficoltà di trasferibilità integrale. Tuttavia, i risultati qualitativi suggeriscono che le carte possano costituire un mediatore efficace per sostenere caregiver in situazioni di vulnerabilità emotiva.

VII. *Conclusioni*

La narrazione simbolica rappresenta un dispositivo utile nei percorsi di sostegno ai caregiver: attraverso l’immagine e il racconto, vissuti complessi diventano pensabili e condivisibili. In una prospettiva adleriana, il modello mostra come simbolizzazione e gruppo possano riattivare incoraggiamento e sentimento sociale, contribuendo a migliorare la qualità della cura.

L’approccio è replicabile in altri servizi territoriali e offre spunti per ricerche future che integrino metodi qualitativi e quantitativi..

Bibliografia

1. ADLER, A. (1933), *Der Sinn des Lebens*, tr. it. *Il senso della vita*, Astrolabio, Roma 2020.
2. AMIANTO, F. (2018), Il sentimento sociale e le neuroscienze, *Riv. Psicol. Indiv.*, 84: 33-62.
3. BOVERO, A., ZAINA, E., TORTA, R. (2009), Aspetti biopsicosocioculturali del dolore, *Riv. Psicol. Indiv.*, 65: 73-95.
4. BRUNER, J. (1990), *Acts of Meaning*, tr. it. *La ricerca del significato*, Bollati Boringhieri, Torino 1992.
5. FOLGHERAITER, F. (2007), *La logica sociale dell'aiuto: fondamenti per una teoria relazionale del welfare*, Erickson, Trento.
6. FREIRE, P. (1970), *Pedagogy of the Oppressed*, tr. it. *Pedagogia degli oppressi*, EGA, Torino 1971.
7. MARTINI, M., TORTI, C. (2010), *Psicologia di comunità*, Carocci, Roma.
8. GRANDI, E., ROHRICH, A., VIENNA, E. (2022), "Odissea Illustrata: la ricerca del sé come pratica clinica", in *Coppie, famiglie e collettività: le costellazioni attuali*, Atti del XXIX Congr. Naz. SIPI, Firenze, 21-23 ottobre 2022: 201-203.
9. ROGERS, C. (1961), *On Becoming a Person*, tr. it. *Un modo di essere*, Giunti, Firenze 1970.
10. TRONTO, J. C. (1993), *Moral Boundaries*, tr. it. *Confini morali*, Liguori, Napoli 2006.
11. YALOM, I. D. (1995), *The Theory and Practice of Group Psychotherapy*, tr. it. *Teoria e pratica della psicoterapia di gruppo*, Bollati Boringhieri, Torino 2006.

Sotto la superficie: esplorare i giudizi nascosti

ADRIANA CANGEMI, MATTIA DE PASCALIS, VALERIA POSTORINO,
FABIANA RIVELLA, GAIA TANINI, ESTELLE CLAVIER, EMANUELA GRANDI

Summary – BENEATH THE SURFACE: EXPLORING IMPLICIT JUDGMENTS. Each of us views the world through lenses shaped by personal experiences, culture, and education. These filters generate mental schemas that shape and interpret the surrounding reality, sometimes giving rise to distortions, simplifications, snap judgments, stereotypes, and bias. In school contexts, such processes have profound consequences: they constrain meaningful encounters, hinder inclusion, and make learning more difficult. Often, these automatic mechanisms operate outside our awareness. Harmful intentions are not necessary to create distance; failing to pause and reflect is enough. This is precisely where educational responsibility emerges: taking the time to observe oneself, to listen, and to question what we take for granted. Critical awareness, initiative, time, dialogue, and openness to changing one's perspective are required. Only in this way is it possible to recognize what limits relationships, dismantle labels, and truly open oneself to others, embracing the complexity of human beings in their wholeness. In this context, intercultural education is not merely a tool for "learning about different cultures," but a compass for learning to live together in diversity. It means transforming "otherness" into a resource, learning to make room, to err, and to shift one's point of view. It is an exercise in empathy, listening, and humanity. This perspective enables the creation of authentic relationships grounded in respect and mutual curiosity, fosters acceptance of uncertainty, encourages learning from mistakes, and nurtures empathy, patience, and shared responsibility. Alfred Adler's words remind us that education is an act of cooperation. It is not only about transmitting knowledge, but about building relationships rooted in respect and reciprocal development. Educating, therefore, also means educating oneself: transforming prejudice into an instrument of awareness and one's own limitations into opportunities for growth. In doing so, school can become a living, human space where everyone feels welcomed, where being oneself is not a fault or a label but an opportunity, and where learning also means becoming better people-together.

Keywords: MENTAL SCHEMAS, COGNITIVE BIASES, STEREOTYPES AND PREJUDICE, CRITICAL AWARENESS, INTERCULTURAL EDUCATION, SCHOOL INCLUSION, EMPATHY AND EDUCATIONAL RELATIONSHIPS, SOCIOCULTURAL PERSPECTIVE, REFLECTIVE LEARNING, EDUCATIONAL COOPERATION

470 Adriana Cangemi, Mattia De Pascalis, Valeria Postorino,
Fabiana Rivella, Gaia Tanini, Estelle Clavier, Emanuela Grandi

Abstract – SOTTO LA SUPERFICIE: ESPLORARE I GIUDIZI NASCOSTI. Ognuno di noi guarda il mondo attraverso lenti fatte di esperienze personali, cultura e educazione. Questi filtri generano schemi mentali che plasmano e interpretano il mondo circostante, dando vita, a volte, a distorsioni, semplificazioni, giudizi affrettati, stereotipi e pregiudizi. Nella scuola, tutto questo ha un impatto profondo: limita l'incontro, ostacola l'inclusione, rende l'apprendimento più difficile. Spesso, questi automatismi agiscono senza che ce ne accorgiamo. Non servono cattive intenzioni per generare distanze, basta non fermarsi a riflettere. Proprio qui entra in gioco la responsabilità educativa: prendersi il tempo per osservarsi, ascoltarsi, mettere in discussione ciò che diamo per scontato. Occorre consapevolezza critica, intraprendenza, tempo, confronto e disponibilità a cambiare prospettiva. Solo così è possibile imparare a riconoscere ciò che limita le relazioni, a smontare le etichette, ad aprirsi davvero all'altro, accettando la complessità dell'essere umano nella sua interezza. In questo scenario, l'educazione interculturale non è solo uno strumento per "conoscere culture diverse", ma una bussola per imparare a convivere nella differenza. Significa trasformare la "stranezza" in ricchezza, imparare a fare spazio, a sbagliare, a cambiare punto di vista. È un esercizio di empatia, ascolto e umanità. Questa prospettiva permette di costruire legami autentici basati sul rispetto e sulla curiosità reciproca, di accogliere l'incertezza, di imparare dagli errori e di coltivare empatia, pazienza e responsabilità condivisa. Le parole di Alfred Adler ci ricordano che educare è un atto di cooperazione. Non si tratta solo di trasmettere saperi, ma di costruire relazioni fondate sul rispetto e sulla crescita reciproca. Educare, quindi, è anche autoeducarsi: trasformare i pregiudizi in strumenti di consapevolezza e i propri limiti in occasioni di miglioramento. Così, la scuola può diventare uno spazio vivo, umano dove ognuno si senta accolto, in cui essere sé stessi non è una colpa o un'etichetta, ma un'opportunità e dove imparare significa anche diventare persone migliori, insieme.

Parole chiave: SCHEMI MENTALI, BIAS COGNITIVI, STEREOTIPI E PREGIUDIZI, CONSAPEVOLEZZA CRITICA, EDUCAZIONE INTERCULTURALE, INCLUSIONE SCOLASTICA, EMPATIA E RELAZIONE EDUCATIVA, PROSPETTIVA SOCIOCULTURALE, APPRENDIMENTO RIFLESSIVO, COOPERAZIONE EDUCATIVA

Introduzione

Adler sostiene che la scuola sia un'istituzione fondamentale per favorire uno sviluppo psichico sano, capace di sintonizzarsi con i bisogni degli studenti e di educarli alla vita sociale [1].

La scuola non è solo luogo di apprendimento individuale e cooperativo, ma anche contesto relazionale in cui si intrecciano emozioni positive – come fiducia, affidamento e complicità – e dinamiche più complesse come conflitti e litigi [16]. Secondo Adler, una scuola ben organizzata può compensare errori educativi familiari e fungere da mediatore tra il mondo domestico e quello sociale, diventando spazio in cui il bambino verifica la propria capacità di affrontare le sfide extra-familiari [2, 3].

La classe deve dunque essere percepita come un gruppo di appartenenza significativo [4].

Nell'attuale contesto multiculturale, ciò risulta ancora più delicato: la crescente eterogeneità delle classi richiede agli insegnanti competenze specifiche nel riconoscere e gestire le differenze culturali, evitando che stereotipi e pregiudizi influenzino le aspettative verso gli alunni con background migratorio [10].

I. Superare stereotipi e bias: il ruolo della scuola

Pregiudizio e stereotipo non coincidono: il pregiudizio è un atteggiamento ostile verso una persona in quanto appartenente a un gruppo [6], mentre lo stereotipo rappresenta una semplificazione mentale utilizzata per orientarsi nella complessità sociale [11, 7]. In ambito scolastico, la tendenza a formulare giudizi rapidi porta facilmente a etichettare gli alunni, producendo categorie che diventano difficili da modificare [17].

Queste etichette influenzano comportamenti e autopercezione degli studenti, attivando circoli di conferma reciproca: un'idea iniziale si traduce in aspettative, comportamenti e infine giudizi stabili [9, 10]. Poiché l'insegnante è una figura significativa nello sviluppo identitario, anche un'aspettativa implicita può incidere sulla motivazione, sul rendimento e sull'autostima dello studente [17]. Al contrario, un atteggiamento docente basato su sostegno e incoraggiamento promuove fiducia, autoregolazione e padronanza del compito [5, 16].

Le prime interazioni nel contesto scolastico permettono di cogliere la preparazione emotiva e sociale del bambino e il modo in cui affronta figure nuove e dinamiche di gruppo. Durante l'adolescenza, una relazione docente-studente attenta può prevenire fenomeni critici come l'abbandono scolastico [12]. Gli studenti con background migratorio riportano spesso difficoltà relazionali e minore benessere scolastico, anche a causa di discriminazioni non intenzionali o della minaccia dello stereotipo [10].

Per questo è fondamentale che gli insegnanti sviluppino sensibilità interculturale, dialogo empatico e sospensione del giudizio. La relazione educativa deve permettere agli studenti di sentirsi riconosciuti nella loro complessità identitaria, evitando riduzioni a categorie rigide e valorizzando le molteplici appartenenze culturali [15].

L'educazione interculturale, in questa prospettiva, non è solo un insieme di tecniche, ma un cambiamento profondo nei modi di percepire e relazionarsi [13, 14]. Una scuola che assume la diversità come valore non si limita a includere, ma contribuisce a rigenerare il legame sociale e a costruire nuove forme di comunità [8].

II. Conclusione

L'obiettivo essenziale dell'educazione è permettere al bambino di sviluppare armonicamente il proprio ideale di vita. Per Adler, favorire il *Gemeinschaftsgefühl* – il senso sociale – significa orientare l'aspirazione alla superiorità verso fini utili alla collettività [4].

La scuola non deve formare “alunni perfetti”, ma tutelare il benessere psicologico e le competenze sociali di ciascun minore, sostenendone l'autorealizzazione anche al di fuori dei canoni tradizionali di successo scolastico.

Educare implica anche autoeducarsi: riconoscere i propri pregiudizi, obiettivi e limiti permette agli insegnanti di favorire relazioni più autentiche, basate su dialogo, apertura e collaborazione. Solo attraverso questa consapevolezza è possibile costruire una scuola realmente inclusiva, capace di valorizzare la diversità e di promuovere crescita personale e sociale.

Bibliografia e Sitografia

1. ADLER, A. (1927), *Menschenkenntnis*, tr. it. *La conoscenza dell'uomo nella Psicologia Individuale*, Newton Compton, Roma 1994.
2. ADLER, A. (1930a), *The Education of Children*, tr. it. *Psicologia dell'educazione*, Astrolabio, Roma 1973.
3. ADLER, A. (1930b), *Die Seele des Schwererziehbaren Schulkindes*, tr. it. *Psicologia del bambino difficile*, Grandi Tascabili Economici Newton, Roma 1973.
4. ADLER, A. (1933), *Der Sinn des Lebens*, tr. it. *Il senso della vita*, Newton Compton, Roma 2012.
5. ADLER, N. I. (2002), Interpretations of the Meaning of Care: Creating Caring Relationships in Urban Middle School Classrooms, *Urban Education*, 37(2), 241-266.
6. ALLPORT, G. W. (1954), *The Nature of Prejudice*, tr. it. *La natura del pregiudizio*, La Nuova Italia, Firenze 1976.
7. ARCURI, L., CADINU, M. (1998), *Gli stereotipi. Dinamiche psicologiche e contesto delle relazioni sociali*, Il Mulino, Bologna.
8. BESOZZI, E. (2017), *Società, cultura, educazione*, Pearson, Torino.
9. DELLO PREITE, F. (2013), Stereotipi e pregiudizi di genere. Il ruolo della scuola e le competenze dei docenti, *Formazione & Insegnamento*, pp. 207-213.
10. GABRIELLI, S., SZPUNAR, G., LIVI, S. (2020), Ridurre il pregiudizio implicito in classe per favorire l'inclusione: un percorso di formazione con gli insegnanti pre-servizio, *Education Sciences & Society*, pp. 140-158. <https://doi.org/10.3280/ess1-2020oa9476>
11. LIPPMANN, W. (1922), *Public Opinion*, The Free Press, New York.
12. LONGOBARDI, C., PRINO, L. E., MARENGO, D., SETTANNI, M. (2016), Student-Teacher Relationships as a Protective Factor for School Adjustment during the Transition from Middle to High School, *Front Psychol.*, 7. doi:10.3389/fpsyg.2016.01988

13. MILANI, M. (2017), *A scuola di competenze interculturali: Metodi e pratiche pedagogiche per l'inclusione scolastica*, Franco Angeli, Milano.
14. MILANI, M. (2018), La competenza interculturale in ambito scolastico: Il ruolo dei contesti Organizzativi, *MeTis. Mondi Educativi. Temi, immagini, suggestioni*, 8(2), p. 556-573. Tratto da <https://doi.org/10.7346/MT00045>
15. MORTARI, L. (2017), *La sapienza del cuore. Pensare le emozioni, sentire i pensieri*, Raffaello Cortina, Milano.
16. TURRINI, M. (2017), Disturbi emotivi a scuola. Strategie efficaci per gli insegnanti, in PELLAI, A., TAMBORINI, B. *Promuovere relazioni positive a scuola* (pp. 357-392), Erickson, Trento.
17. ZANETTI, M. (2018), Pregiudizio ed etichettamento: il ruolo dell'insegnante nello sviluppo di comportamenti devianti, *Formazione & insegnamento*, pp. 193-204.

Adriana Cangemi
adriana.cangemi@outlook.it

Mattia De Pascalis
depattia706@gmail.com

Fabiana Rivella
fabiana.rivella@gmail.com

Estelle Clavier
eclavier.psicologa@gmail.com

Valeria Postorino
valeriapostorino@hotmail.it

Gaia Tanini
gaia.tanini.psicologa@gmail.com

Emanuela Grandi
emanuela.grandi@tiscali.it

Tra vittimismo, potere e rifiuto dell'altro: narrazioni Incel di sé, degli altri e del mondo

ELISABETTA CAPPELLI, FRANCESCA DAL MASO

Summary – BETWEEN VICTIMHOOD, POWER, AND REJECTION OF THE OTHER: INCEL NARRATIVES OF SELF, OTHERS AND THE WORLD. The term Incel (involuntary celibates) refers to a subculture primarily composed of young heterosexual men who attribute their emotional and sexual exclusion to factors perceived as immutable, such as physical appearance, female hyper-selectivity, and social injustice. These narratives consolidate within online communities through processes of mirroring and mutual validation, creating "distorting mirrors": spaces where the subject feels seen and recognized, yet only through a dis-torted, victimistic, and paranoid collective representation. In this framework, the "other" is not perceived as a possibility for encounter or cooperation, but as an oppressor. Women, held responsible for the individual's suffering, are simultaneously idealized and devalued, while love is reduced to an absolute measure of self-worth and feared for the risk of further rejection. Relational isolation thus becomes a strategy for identity protection, concealing traits of superiority and defensive grandiosity. This poster proposes an Adlerian psychodynamic reading of the incel lifestyle, highlighting the inferiority complex, compensatory strategies, and the impairment of social interest. It further explores how intra-group mirroring within forums, in the absence of counter-narratives, amplifies individual fictions and promotes the radicalization of inferiority feelings.

Keywords: INCEL, MISOGYNY, INFERIORITY COMPLEX

Abstract – TRA VITTIMISMO, POTERE E RIFIUTO DELL'ALTRO: NARRAZIONI INCEL DI SÉ, DEGLI ALTRI E DEL MONDO. Il termine *Incel* (involuntary celibates) si riferisce a una sottocultura, composta soprattutto da giovani uomini eterosessuali che attribuiscono la propria esclusione affettiva e sessuale a fattori ritenuti immutabili, quali l'aspetto fisico, l'iper-selettività femminile e l'ingiustizia sociale. Tali narrazioni si consolidano all'interno di comunità online, attraverso processi di rispecchiamento e validazione reciproca che danno origine a veri e propri specchi deformanti: luoghi in cui il soggetto si sente visto e riconosciuto, ma solo attraverso una rappresentazione collettiva distorta, vittimistica e paranoide. In questa cornice, l'altro non è percepito come possibilità di incontro e cooperazione, bensì come oppressore. Le donne, vissute come responsabili della propria sofferenza, sono simultaneamente idealizzate e svalutate, mentre l'amore viene ridotto a misura assoluta del valore personale e temuto per il rischio di un nuovo rifiuto. L'isolamento relazionale diviene così una strategia di protezione identitaria, dietro cui emergono tratti di superiorità e grandiosità difensiva. Il poster propone una lettura psicodinamica-adleriana dello stile di vita incel, mettendo in luce il complesso di inferiorità, le strategie compensatorie e la compromissione del sentimento sociale, nonché l'effetto dei meccanismi di rispecchiamento intra-gruppo nei forum online che, in assenza di contraddittorio, amplificano le finzioni individuali e favoriscono la radicalizzazione dei vissuti di inferiorità.

Parole chiave: INCEL, MISOGINIA, COMPLESSO D'INFERIORITÀ

I. *Chi sono gli Incel*

Gli Incel (*involuntary celibates*) costituiscono una sottocultura digitale prevalentemente maschile, composta da giovani eterosessuali che si definiscono “celibi involontari”, uomini che desiderano relazioni romantiche-sessuali ma che si dichiarano altresì incapaci di ottenerle. Le origini del termine risalgono al 1997, quando una studentessa canadese nota come "Alana" fondò l'Alana's Involuntary Celibacy Project: un forum originariamente inclusivo e privo di distinzioni di genere, pensato come gruppo di supporto per chiunque faticasse a instaurare relazioni sentimentali [4].

La comunità nel tempo subì una radicale trasformazione ideologica che spinse la fondatrice a chiudere il progetto nel 2003 e ad oggi, infatti, il movimento si colloca all'interno della “Manosphere” [7], che utilizza il web per legittimare misoginia, anti-femminismo e violenza. Quantificare con esattezza la popolazione Incel è complesso a causa della natura fluida e anonima delle comunità online in cui avvengono tali interazioni, questi spazi virtuali infatti vengono chiusi e riaperti sistematicamente, anche a causa della crescente attenzione mediatica che riceve il fenomeno. Secondo un rapporto della Commissione Europea del 2021 [8] l'Italia si colloca al quarto posto in Europa per il maggior numero di Incel, dopo Germania, Regno Unito e Svezia.

II. *Come si percepiscono: tra inferiorità e superiorità difensiva*

Gli Incel percepiscono la propria esclusione affettiva e sessuale come conseguenza inevitabile di fattori immutabili: bruttezza, iperselettività femminile e ingiustizia sociale [5, 9]. Secondo la loro ideologia, chi non corrisponde ai canoni estetici odierni è destinato al rifiuto nelle relazioni. Sebbene molti attribuiscono a sé stessi scarso valore e bassa attrattiva sessuale, alcuni studi rivelano la coesistenza di tratti narcisistici e di un'immagine di sé eccessivamente positiva [6], suggerendo la presenza di un complesso di superiorità che maschera un profondo senso di inferiorità.

Queste dinamiche possono sfociare nell'adesione a filosofie radicali quali la “Black Pill”, un filone di pensiero estremo che attribuisce la “colpa” esclusivamente alle donne e giustifica rancore e violenza come risposta al rifiuto [2].

III. *Il mondo degli altri visto come minaccia: donne, uomini e gerarchie sociali*

Nella visione Incel, gli altri non sono possibili partner, agenti di cooperazione ma oppressori. Le donne - percepite come responsabili della propria sofferenza - sono idealizzate e contemporaneamente svalutate.

L'amore diventa misura assoluta del valore personale e fonte di angoscia per il rischio di nuovo possibile rifiuto [3]. Sulla base di questi presupposti, la gerarchia sociale interna alla comunità Incel distingue alcune figure archetipiche: le Stacy - donne di alto valore sessuale ma moralmente svalutate, i Chad - uomini dominanti, e in fondo alla gerarchia, gli Incel - percepiti come esseri inferiori e ostracizzati [11].

IV. Relazioni distorte e isolamento: l'omosocialità come rifugio narcisistico

L'isolamento e la mancanza di relazioni significative favoriscono la fusione identitaria con le comunità online. Qui la condivisione di esperienze comuni consolida il senso di appartenenza vicaria, ma non favorisce la cooperazione reale tra i membri [2]. L'interazione con gli altri è vissuta in termini competitivi, con sospetto e paranoia, rafforzando disprezzo, risentimento e superiorità difensiva [6]. Spesso, le difficoltà relazionali si estendono anche al nucleo familiare e alle amicizie, mentre l'affiliazione alla comunità Incel diventa la modalità prevalente di protezione identitaria [10].

V. Finzioni e compensazioni: strategie difensive contro il rifiuto e l'esclusione

Le finzioni cognitive e le compensazioni narcisistiche costituiscono strumenti centrali nello stile di vita Incel, permettendo di gestire il dolore e la frustrazione derivanti dal rifiuto sociale e affettivo. Ideologie come l'ipergamia femminile, la dicotomia Chad/Stacy, la Black Pill e la convinzione nella predeterminazione genetica funzionano come corazze identitarie: spiegano e giustificano il fallimento personale, consolidano il dolore e limitano l'apertura a nuove esperienze. La volontà di potenza si esprime sia attraverso aggressività e ostilità verso l'altro sia tramite ritiro strategico [1], entrambi volti al rovesciamento simbolico dello stigma e al riconoscimento distorto del Sé, mantenendo stabile la percezione di esclusione e la coesione interna della comunità.

VI. La ricerca di riconoscimento e il circolo vizioso dello scoraggiamento

Lo stile di vita Incel appare come un sistema chiuso e autoreferenziale, in cui il senso di inferiorità, le finzioni cognitive e le compensazioni narcisistiche creano un circolo vizioso di scoraggiamento e isolamento. Le emozioni predominanti – rabbia, risentimento, frustrazione – vengono continuamente rafforzate dalla partecipazione alle comunità online e dalla polarizzazione delle relazioni [6].

Questo quadro psicodinamico evidenzia come il Sé Incel sia imprigionato in una logica di vittimismo e superiorità difensiva, incapace di sviluppare relazioni autentiche o di sperimentare un senso di cooperazione e appartenenza reale. La cristallizzazione dello stile di vita preclude l'apertura al cambiamento, assimilando il dolore e la solitudine a tratti identitari.

In prospettiva clinica, tale fenomeno evidenzia la necessità di intervenire sulle percezioni disfunzionali di sé e delle relazioni: la rigidità delle finzioni e la chiusura sociale rappresentano, infatti, ostacoli profondi alla crescita personale e al pieno funzionamento del Sé in contesti cooperativi.

Bibliografia e Sitografia

1. ADLER, A. (1978), *Cooperation Between the Sexes: Writings on Women, Love, Marriage, and Sexuality*, tr. it. *La cooperazione tra i sessi. Scritti sulle donne e sugli uomini, sull'amore, il matrimonio e la sessualità*, a cura di ANSBACHER, H. L., ANSBACHER, R. R., Edizioni Universitarie Romane, Roma 2001.
2. ALI, M., ZANNETTOU, S. (2024), From Isolation to Desolation: Investigating Self-Harm Discussions in Incel Communities, *Proceedings of the International AAAI Conference on Web and Social Media*, 18: 43-56.
3. CANZANO, C. (2005), Il potere nelle relazioni affettive, *Riv. Psicol. Indiv.*, 58: 125-142
4. CARUSO, P., MERZAGORA, I., TRAVAINI, G. (2021), Incels: Between Mass Murders and Terrorism?, *Rassegna Italiana di Criminologia*, vol. 15(2): 156-161. <https://doi.org/10.7347/RIC-022021-P156>
5. COTTEE, S. (2020), Incel (e)motives: Resentment, Shame and Revenge, *Studies in Conflict & Terrorism*, 44(2): 93-114. <https://doi.org/10.1080/1057610X.2020.1822589>
6. FONTANESI, L., MARCHETTI, D., COSI, G., LIMONCIN, E., JANNINI, E. A., VERROCCHIO, M. C., CIOCCA, G. (2024), What Does It Take to Make an Incel: The Role of Paranoid Thinking, *Depression, Anxiety*, and Attachment Patterns, *Depression and Anxiety*, vol. 41, art. 5512878. <https://doi.org/10.1155/2024/5512878>
7. JONES, A. (2020), *Incels and the Manosphere: Tracking Men's Movements Online*, Tesi di laurea magistrale, *University of Central Florida*, 65. <https://stars.library.ucf.edu/etd2020/65>
8. RADICALISATION AWARENESS NETWORK (RAN) (2021), *Incels: A first Scan of the Phenomenon (in the EU) and its Relevance and Challenges for P/CVE*, Publications Office of the European Union, European Commission.
9. ROUSIS, G. J., MARTEL, F. A., BOSSON, J. K., SWANN, W. B. Jr. (2024), Behind the Blackpill: Self-Verification and Identity Fusion Predict Endorsement of Violence Against Women Among Self-Identified Incels, *Personality and Social Psychology Bulletin*, vol. 50(11): 1531-1545.
10. SWANN, W. B. Jr., GÓMEZ, A., SEYLE, D. C., MORALES, J., HUICI, C. (2009), Identity Fusion: The Interplay of Personal and Social Identities in Extreme Group Behavior, *Journal of Personality and Social Psychology*, vol. 96(5): 995-1011. <https://doi.org/10.1037/a0013668>
11. THOMAS, M. (2022), *A Quantitative Analysis of the Language Used by Violent and Non-Violent Incels*, University of North Carolina at Chapel Hill. <https://doi.org/10.17615/s25x-nn10>

Lo specchio magico

ELEONORA CASI, MATTIA SALAMONE, PIERO CHERASCO

Summary – THE MAGIC MIRROR. A psychotherapist working in a residential home for the elderly must deal with the articulated distortions of each of the residents' interior mirror, which changes according to how the idiosyncrasies of age in its psychological, emotional and organic aspects gradually develop. An approach using the different forms of art therapy, which by its very nature is well suited to the many various conditions of the elderly, reflects the Adlerian concept that every person is unique and indivisible in their characteristics. Senility brings mental and organic change in ways that are as idiosyncratic as they are varied which means that the group of residents is never homogeneous. The job of the psychotherapist is to understand the diversities which are typical of the individual distortions of the interior mirrors of each elderly person in a seemingly uniform setting. These unique characteristics require an adaptive change within the individual-psychological framework. The cardinal tools for working on social feeling and its cracks, which come with age and experience, are Adlerian-led creativity and encouragement. Deficit in all its various forms is an inevitable sign of the ageing process and reifies the feeling of inferiority. The project aims to creatively counteract all forms of feelings of inferiority.

Keywords: SENILITY, ART THERAPY, SOCIAL FEELING, CREATIVITY

Abstract – LO SPECCHIO MAGICO. La condizione di uno psicoterapeuta in una residenza per anziani (RSA) è di fare i conti con le articolate deformazioni dello specchio interiore di ognuno degli Utenti, che muta a seconda delle tipicità evolutive dell'età nei suoi aspetti psicologici, emotivi ed organici. L'approccio tramite le variegate tecniche dell'Arteterapia, che per sua caratteristica ben si adatta alle multiformi condizioni degli anziani, ci rimanda al concetto adleriano che ogni persona è unica ed indivisibile nelle sue caratteristiche. La senilità, nelle sue peculiari quanto varie modalità di cambiamento psichico e organico, non rendono omogeneo il gruppo degli utenti. Il compito dello psicoterapeuta è quello di cogliere, in un ambito apparentemente uniforme, quelle diversità che sono tipiche delle singole deformazioni degli specchi interiori di ciascun anziano. Le singolarità determinano un cambiamento adattivo nell'ambito della cornice individual-psicologica. Gli strumenti cardine per lavorare sul Sentimento Sociale e le sue crepe, frutto dell'età e delle esperienze, sono la Creatività e l'incoraggiamento inteso in termini adleriani. Il deficit, nei suoi vari aspetti, è manifestazione inevitabile del processo di invecchiamento e reifica il Sentimento di Inferiorità. La finalità del progetto è quella di compensare creativamente il Sentimento di Inferiorità nelle sue varie accezioni.

Parole chiave: SENILITÀ, ARTETERAPIA, SENTIMENTO SOCIALE, CREATIVITÀ

La condizione di uno psicoterapeuta in una residenza per anziani (RSA) è di fare i conti con le articolate deformazioni dello specchio interiore di ognuno degli Utenti, che muta a seconda delle tipicità evolutive dell'età nei suoi aspetti psicologici, emotivi ed organici.

L'approccio tramite le variegate tecniche dell'Arteterapia, che per sua caratteristica ben si adatta alle multiformi condizioni degli anziani, ci rimanda al concetto adleriano che ogni persona è unica ed indivisibile nelle sue caratteristiche. La senilità, nelle sue peculiari quanto varie modalità di cambiamento psichico e organico, non rendono omogeneo il gruppo degli utenti.

Il compito dello psicoterapeuta è quello di cogliere, in un ambito apparentemente uniforme, quelle diversità che sono tipiche delle singole deformazioni degli specchi interiori di ciascun anziano.

Le singolarità determinano un cambiamento adattivo nell'ambito della cornice individualpsicologica. Gli strumenti cardine per lavorare sul Sentimento Sociale e le sue crepe, frutto dell'età e delle esperienze, sono la Creatività e l'Incoraggiamento inteso in termini adleriani.

Il deficit, nei suoi vari aspetti, è manifestazione inevitabile del processo di invecchiamento e reifica il Sentimento di Inferiorità. La finalità del progetto è quella di compensare creativamente il Sentimento di Inferiorità nelle sue varie accezioni.

Il lavoro psicoterapeutico negli anziani, stanti le caratteristiche sopra descritte, è un intervento protesico, fatto di sostituzione di pezzi mancanti, lucidatura di quelle parti dello specchio interiore che l'età, gli abbandoni, i deficit mnesici rendono opachi e poco accessibili.

La creatività dell'intervento rappresenta un ponte che permette al soggetto di riconnettersi molto spesso con quelle parti ancora integre di un passato spesso risparmiato dai deficit e che funge da contenitore di esperienze positive, le quali, reificate, danno un senso compiuto al ricordo e hanno una funzione transmotivazionale sul presente. Il ruolo dello psicoterapeuta è quello di riuscire ad indagare quei nuclei dolorosi, quelle sconfitte che sono state particolarmente significative per la persona e che mediamente vengono rimosse. Il mancato ricordo per la più parte è frutto di un evitamento della sofferenza esistenziale e non di un deficit mnesico.

È sempre fondamentale riuscire ad agganciare le esperienze particolarmente dolorose del passato, aiutando l'anziano a ricomporre, seppur tardivamente, le crepe dello specchio del Sé che tali esperienze hanno creato a suo tempo e che non sono state più ripristinate.

Bibliografia

1. ADLER, A. (1912), *Über den Nervösen Charakter*, tr. it. *Il temperamento nervoso*, Newton Compton, Roma 1971.
2. CATTICH, N. (2013), *L'oltre e l'altro: Arte come terapia*, Franco Angeli, Milano.
3. THAKUR, M. E., BLAZER, D. G., STEFFENS, D. C. (2013), *Clinical Manual of Geriatric Psychiatry*, tr. it. *Manuale clinico di psichiatria geriatrica*, Giovanni Fioriti Editore, Roma 2020.
4. MUSSO, M. (2014), *Una storia in 5 minuti: Lo specchio magico*, Gruppo Editoriale Raffaello, Milano.

Eleonora Casi
eleonora.casi@libero.it

Mattia Salamone
psicologo.mattiasalamone@gmail.com

Piero Cherasco
cherasco.piero@gmail.com

Riflessi bugiardi: quando il sé si infrange nell'inganno della dipendenza

STEFANIA CAUDANA, DAVIDE EMMOLO

con la partecipazione di MARTINA CASSAROTTI, VANESSA COMITO e LAURA LO SARDO

Summary – DECEPTIVE REFLECTIONS: WHEN THE SELF SHATTERS IN THE DECEPTION OF ADDICTION. Substance addiction stems from an identity void and relational wounds, generating an illusory self that numbs painful emotions and isolates from reality: the ego shatters, giving rise to fictitious images of oneself. The substance seduces, erases, deceives, becoming both mask and master in a game of mirrors in which the ego cracks down and is lost in a black hole. The Adlerian model does not merely address addiction as a symptom; it seeks to reach the deepest roots of suffering. Adlerian Therapy, a therapeutic approach based on belonging and purpose in life, embraces the void left behind and gives a new voice to inner silence. It fosters a non-judgmental space for a possible authentic and conscious rebirth, rebuilding the lost identity, free from addiction, based on personal value and social bonds.

Keywords: SUBSTANCE ADDICTION, ADLERIAN APPROACH, IDENTITY VOID, PAINFUL EMOTIONS

Abstract – RIFLESSI BUGIARDI: QUANDO IL SÉ SI INFRANGE NELL'INGANNO DELLA DIPENDENZA. La dipendenza da sostanze nasce da un vuoto identitario e da ferite relazionali, generando un sé illusorio che anestetizza le emozioni dolorose e isola dalla realtà: l'io si frantuma, dando vita ad immagini di sé fittizie. La sostanza seduce, cancella, inganna, diventando maschera e padrona in un gioco di specchi in cui il sé si infrange e si smarrisce in un buco nero. Il modello adleriano non si limita a combattere la dipendenza come sintomo, ma va a toccare le radici più profonde della sofferenza. L'approccio terapeutico adleriano fondato su appartenenza e scopo della vita, accoglie il vuoto lasciato e dona nuova voce al silenzio interiore. Favorisce uno spazio privo di giudizio per una possibile rinascita, autentica e consapevole, ricostruendo l'identità perduta, libera da dipendenze, basata sul valore personale e legami sociali.

Parole chiave: TOSSICODIPENDENZA, APPROCCIO ADLERIANO, VUOTO IDENTITARIO, EMOZIONI DOLOROSE

*“Comprare droga è come comprare un biglietto per un mondo fantastico,
ma il prezzo di questo biglietto è la vita.”*

(Jim Morrison)

Il fenomeno della tossicodipendenza rappresenta uno dei principali problemi che caratterizzano la società odierna, costituendo una delle sfide più angosciose e pervasive della psicologia contemporanea.

La dipendenza da sostanze si configura come una vera e propria illusione; inizialmente viene percepita come una strategia di sopravvivenza, l'unica strada percorribile per poter superare i problemi e lenire le profonde sofferenze interiori di coloro che vi entrano. Come evidenziato da Edward J. Khantzian in *"Self-Medication Hypothesis"* (1997), gli individui che si avvicinano a questa realtà distruttiva, talvolta, lo fanno con la speranza di trovare un rimedio temporaneo al dolore e poter evadere da sentimenti di angoscia, vuoto e rabbia. In questa prospettiva, la sostanza si delinea come una vera e propria seduzione, poiché il sollievo, la leggerezza e la fuga dalla realtà da essa comportati, costituiscono una meta troppo ambita per poter essere ignorata [3].

In questa iniziale ed apparente "cura a tutto" si delinea quella che, in realtà, è la vera natura della tossicodipendenza. Essa, infatti, porta con sé una duplice verità, poiché ciò che all'inizio appare come una concreta via di fuga ed una panacea in grado di lenire ogni sofferenza, presto si trasforma in una vera e propria trappola, in grado di riprendersi tutto ciò che, illusoriamente, ha donato.

La sostanza che all'inizio si presenta come un alleato promettendo un momento di pace, controllo ed euforia, si rivela ben presto come una mera finzione, una carezza che non cura, bensì nasconde. La sostanza costruisce un velo sopra il dolore, senza mai sfiorarne la causa. E, mentre il corpo si abitua, la mente si assuefà, il soggetto comincia a confondere l'assenza di dolore con il benessere, la stanchezza con la calma, l'anestesia con la vita. Così, nella sua convinzione iniziale di poter controllare e dominare il proprio dolore attraverso la sostanza, l'individuo diventa controllato da essa, trasformandosi in un vero e proprio prigioniero intrappolato in un circolo vizioso di vuoto e dipendenza.

Le sostanze, in questo senso, agiscono come una chimera, rivelandosi, a tutti gli effetti, una cura temporanea e poco efficace, una fuga momentanea a sofferenze profonde ed interiori.

Pertanto, da iniziale strumento di controllo e fedele alleata, la sostanza diviene rapidamente uno strumento di autodistruzione e sofferenza, amplificando il vuoto che prometteva di colmare. Se all'inizio appare come un linguaggio alternativo per dire ciò che non si riesce a dire, con il tempo diventa un linguaggio che però non comunica, ma isola.

Chi ne fa uso si ritrova lentamente a vivere in una dimensione parallela, regolata da ritmi artificiali, dove tutto ruota attorno alla prossima dose, al prossimo sollievo. È un labirinto senza centro, in cui ogni via sembra condurre fuori, ma finisce per riportare indietro, sempre nello stesso punto: il vuoto.

Col passare del tempo, la sostanza smette di essere scelta e diventa padrona. La libertà si capovolge in dipendenza, e l'illusione di controllo si trasforma in prigionia. Il mondo reale, con le sue relazioni, le sue responsabilità e le sue emozioni, comincia a dissolversi.

È in questo processo che la sostanza rivela la sua natura più profonda: non un piacere, ma una fuga. Non un modo per vivere di più, ma per sentire di meno. La dipendenza, a quel punto, non è più solo una questione di chimica, ma una questione di significato. La sostanza diventa specchio e maschera: riflette un sé fittizio, apparentemente forte, ma nasconde la perdita di autenticità e di legame. Ciò che all'inizio sembrava un modo per appartenere, finisce per isolare completamente.

L'illusione della sostanza è dunque un inganno perfetto: promette identità e restituisce smarrimento; promette intensità e consegna apatia; promette potenza e genera dipendenza. È una costruzione fragile, che si regge sulla paura di guardare le emozioni dolorose e sulla convinzione che qualcosa di esterno possa riempire ciò che dentro manca. Ma il vuoto non si riempie con l'oblio: si ascolta, si attraversa, si comprende. Solo riconoscendo la menzogna che la sostanza racconta si può cominciare a intravedere una possibilità diversa: quella di tornare a esistere davvero, senza anestesia, senza inganno, senza maschera.

Il soggetto dipendente, catturato in un gioco di specchi deformanti, perde contatto con la propria autenticità e con la realtà, scivolando in un isolamento esistenziale in cui la sostanza diventa insieme maschera e padrona.

Da una prospettiva adleriana, questa dinamica si comprende alla luce del concetto di sentimento di inferiorità e del conseguente movimento compensatorio. Adler sottolinea come ogni essere umano nasca con un senso di incompletezza, che diventa motore di crescita quando viene affrontato in modo costruttivo. Tuttavia, quando le esperienze di svalutazione o rifiuto sono troppo dolorose, l'individuo può sviluppare una compensazione disfunzionale, cercando nella sostanza una forma di potere, controllo o sollievo che supplisca all'assenza di significato e appartenenza.

La dipendenza rappresenta allora un tentativo fallito di costruire un senso di sé, una falsa soluzione al sentimento di impotenza e di solitudine: una via che anestetizza il dolore ma interrompe il processo evolutivo verso la maturità e la cooperazione sociale.

L'approccio terapeutico adleriano, fondato sul principio dell'interesse sociale (*Gemeinschaftsgefühl*) e della finalità del comportamento umano, offre un orizzonte di ricostruzione profonda. In questa prospettiva, il terapeuta non si limita a ridurre il sintomo, ma si impegna a ricostruire il legame tra individuo e comunità, a restituire senso e scopo a un'esistenza che si è smarrita.

484 Stefania Caudana, Davide Emmolo con la partecipazione di Martina Cassarotti, Vanessa Comito e Laura Lo Sardo

Attraverso l'ascolto empatico, la comprensione del copione di vita e la valorizzazione delle potenzialità residue, la terapia diventa un cammino di rinascita identitaria. Il vuoto lasciato dalla sostanza viene accolto, non giudicato, e lentamente trasformato in uno spazio di possibilità: un luogo in cui dare voce al silenzio interiore, riconoscere le proprie fragilità e riscoprire la forza del sentirsi parte.

Il percorso adleriano aiuta così il soggetto a passare da un sé illusorio e isolato a un sé autentico e relazionale, capace di riconoscere il proprio valore non nell'evasione, ma nella partecipazione alla vita comune. La guarigione non è solo astinenza, ma ri-appropriazione di scopo e appartenenza, dove il dolore diventa terreno di crescita e la relazione terapeutica il primo ponte verso una nuova fiducia nel mondo.

Bibliografia

1. ANSBACHER, H. L., ANSBACHER, R. R. (1956), *The Individual Psychology of Alfred Adler*, tr. it. *La Psicologia Individuale di Alfred Adler*, Martinelli, Firenze 1997.
2. CORREALE, A., CANGIOTTI, F., ZOPPI, A. (2013), *Il soggetto nascosto. Un approccio psicoanalitico alla clinica delle tossicodipendenze*, Franco Angeli, Milano.
3. KHANTZIAN, E. J. (1997), The Self-Medication Hypothesis of Substance Use Disorders: A Reconsideration and Recent Applications, *Harvard Review of Psychiatry*, 4(5), 231–244.
4. NEALE, J. (2002), *Drug Users in Society*, Palgrave Macmillan, London.
5. VOLPE, U., FIORILLO, A. (2014), *La psichiatria della dipendenza*, Il Pensiero Scientifico, Roma.

Stefania Caudana
stefania.caudana@tiscali.it

Davide Emmolo
davide.emmolo.de@gmail.com

Martina Cassarotti
casarottimartina1@gmail.com

Vanessa Comito
info@vanessacomito.com

Laura Lo Sardo
laura.lsr@gmail.com

Il corpo che brucia nello specchio che non riflette

FRANCESCO CELLAMARO, PIERO CHERASCO

Summary – THE BURNING BODY IN THE UNREFLECTIVE MIRROR. Margherita is a 21-year-old patient with a prior history of residential care who has been in treatment at the “Althaea” Class 1 Psychiatric Residential Facility (S.R.P.1) since 19/02/2025 with a diagnosis of borderline personality disorder. The patient comes from a dysfunctional, narcissistic family in which she is the youngest child. She grew up feeling unappreciated and that she “did not live up to” the sociocultural expectations of her parents and siblings, who are much older than her and described as having fully achieved their life plans, whereas Margherita feels like a loser who irretrievably fails. This by now introjected feeling of inferiority stems from how she has seen herself reflected in her family’s spoken and unspoken communications. Today Margherita observes herself in her interior mirror, but she cannot manage to see her body. The attempt to rebuild a relationship with it involves self-harming behaviours with which she tries, however to no avail, to get some perception of herself at least through the pain. At other times, deep, destructuring endoreactive anguish leads to her having intense visual perceptions, such as the image of her body “on fire”. Margherita recounts a childhood past with anorexic-type episodes that, according to her subjective narrative, are the prodromes of the present-day experience. The patient reports that she feels that she has never been really seen or appreciated by her mother, and this core of a lack of appreciation has become the leitmotif running throughout her entire life, and which has never been broken, and led her to the situation in which she finds herself today. The pathology has become a reinforced fiction for Margherita that allows her to substitute the absent original reflection for the dysfunctional characteristics of her family and of her particular relational history with her family members. The illness becomes the tool that ensures that Margherita has the chance to be “seen”, and receive attention and care. During sessions she emphatically asserts that the chronicity and “incurability” of her pathological situation is a kind of existential indispensability for existing in the world. When experiencing even moderate episodes of balance she immediately responds afterwards with maladaptive attitude, and especially self-harming behaviours, showing a strong attachment to pharmacological therapy as a sort of totem that guarantees her the certainty of the disease, which remains the only mirror at her disposal in which to see her reflection. The work we are doing, participation in psychoeducational groups, psychotherapeutic sessions twice a week, and family psychotherapy that her parents have finally agreed to do and which starts soon, are all the tools that are being deployed to create the acceptance that a chronic illness, as she loves to call it, may be accompanied by a situation of balance where there is no pain and where another mirror that is not distorted or fragmented can be found in which she can be reflected.

Keywords: SIBLINGS, REPUDIATION, BODILY SELF, IDENTIFICATION WITH THE DISEASE, FICTION

Abstract – IL CORPO CHE BRUCIA NELLO SPECCHIO CHE NON RIFLETTE. Margherita è una paziente di 21 anni con una storia pregressa di residenzialità, attualmente in cura presso la SRP1 “Althaea” dal 19/02/2025 con diagnosi di disturbo borderline di personalità. La paziente proviene da una famiglia narcisistica e disfunzionale, di cui è l’ultimogenita. È cresciuta sentendosi incompresa e percepita come “non all’altezza” delle aspettative socio-culturali dei genitori e della fratria, molto più grande di lei e narrata come pienamente realizzata sui piani di vita, laddove Margherita si sente irrimediabilmente perdente. Questa sensazione di inferiorità, ormai introiettata, nasce dal rispecchiamento che ha avuto nei detti e nei non detti della sua famiglia. Nel suo specchio interiore, oggi, Margherita si osserva ma non riesce a vedere il proprio corpo. Il tentativo di ricostruire una relazione con esso passa attraverso condotte autolesive, con cui tenta, per altro invano, a percepirsi almeno attraverso il dolore. In altri momenti, un’angoscia endoreattiva profonda e destrutturante la porta a percezioni visive intense, come l’immagine del suo corpo “in fiamme”. Margherita racconta un passato infantile con episodi di tipo anoressico che, nella sua narrazione soggettiva, rappresentano i prodromi dell’attuale vissuto. La paziente riferisce di non essersi mai sentita realmente vista o riconosciuta dalla madre, e questo nucleo di assenza di riconoscimento è diventato il leitmotiv che attraversa tutta la sua vita, e che mai si è spezzato, conducendola alla situazione attuale. Nella patologia Margherita sembra aver trovato una finzione rispetto al mancato rispecchiamento originario: la malattia le garantisce visibilità e attenzione. Rivendica con forza, nei colloqui, la cronicità e l’“inguaribilità” della propria condizione, mostrando un forte attaccamento alla terapia farmacologica. I farmaci, che chiama ‘i suoi soldatini’, assumono così un valore simbolico, come difese immaginifiche che le impediscono di sparire dalla vista degli altri.

Parole chiave: FRATRIA, RIPUDIO, SÉ CORPOREO, IDENTIFICAZIONE CON LA MALATTIA, FINZIONE

Margherita è una paziente di 21 anni con una storia pregressa di residenzialità, attualmente in cura presso la SRP1 “Althaea” dal 19/02/2025 con diagnosi di disturbo borderline di personalità.

La paziente proviene da una famiglia narcisistica e disfunzionale, di cui è l’ultimogenita. È cresciuta sentendosi incompresa e percepita come “non all’altezza” delle aspettative socio-culturali dei genitori e della fratria, molto più grande di lei e narrata come pienamente realizzata sui piani di vita, laddove Margherita si sente irrimediabilmente perdente. Questa sensazione di inferiorità, ormai introiettata, nasce dal rispecchiamento che ha avuto nei detti e nei non detti della sua famiglia.

Nel suo specchio interiore, oggi, Margherita si osserva ma non riesce a vedere il proprio corpo. Il tentativo di ricostruire una relazione con esso passa attraverso condotte autolesive, con cui tenta, per altro invano, a percepirsi almeno attraverso il dolore. In altri momenti, un’angoscia endoreattiva profonda e destrutturante la porta a percezioni visive intense, come l’immagine del suo corpo “in fiamme”.

Margherita racconta un passato infantile con episodi di tipo anoressico che, nella sua narrazione soggettiva, rappresentano i prodromi dell’attuale vissuto. La paziente riferisce di non essersi mai sentita realmente vista o riconosciuta dalla madre, e questo nucleo di assenza di riconoscimento è diventato il leitmotiv che attraversa tutta la sua vita, e che mai si è spezzato, conducendola alla situazione attuale.

La patologia per Margherita è diventata finzione rafforzata che le permette di vicariare il rispecchiamento originario assente per le caratteristiche disfunzionali della sua famiglia e della sua peculiare storia relazionale con i suoi membri.

La malattia diventa lo strumento che garantisce a Margherita la possibilità di essere “vista”, oggetto di attenzione e di cura. Rivendica con forza, nei colloqui, la cronicità e l’“inguaribilità” della propria situazione patologica, come una sorta di indispensabilità esistenziale per esistere nel mondo. A fronte anche di modesti episodi di equilibrio risponde immediatamente dopo con atteggiamenti disadattivi, soprattutto autolesivi, mostra un forte attaccamento alla terapia farmacologica, come una sorta di totem che le garantisce la certezza della malattia, che resta l’unico specchio che ha a disposizione in cui riflettersi.

Il lavoro che viene svolto, partecipazione ai gruppi psicoeducativi, colloqui psicoterapici due volte a settimana, la psicoterapia familiare, che finalmente i suoi genitori hanno accettato e che esordirà fra poco, sono tutti gli strumenti che vengono messi in campo per creare l’accettazione che una malattia di tipo cronico, come lei ama ribadire alla sua, può accompagnarsi ad una condizione di equilibrio dove non ci sia dolore e dove si possa trovare un altro specchio non deformato, non frammentato, in cui riflettersi.

Bibliografia

1. ADLER, A. (1912), *Über den Nervösen Charakter*, tr. it. *Il temperamento nervoso*, Newton Compton, Roma 1971.
2. ADLER, A. (1920), *Praxis und Theorie der Individualpsychologie*, tr. it. *Prassi e teoria della Psicologia Individuale*, Newton Compton, Roma 1970.
3. GARRETT, M. (2019), *Psychotherapy for Psychosis: Integrating Cognitive-Behavioral and Psychodynamic Treatment*, tr. it. *Psicoterapia delle psicosi: Integrare le prospettive cognitiva e dinamica*, Raffaello Cortina, Milano 2021.

Uno specchio, mille sguardi: dinamiche relazionali e immagine di Sé nello stile di vita del bambino

ILARIA DESSENA, FEDERICA GARELLI, DESIRÉE LOURO,
LOREDANA RANDAZZO, GRETA RAO, EMANUELA GRANDI

Summary – ONE MIRROR, A THOUSAND PERSPECTIVES: RELATIONAL DYNAMICS AND SELF-IMAGE IN THE CHILD'S LIFESTYLE. During the growth process, the child is constantly immersed in dynamics of mirroring that involve their main life and educational contexts: the family, school, and peer groups, both virtual and real. Primary relationships allow the child to think of themselves because they are able to see their reflection in the eyes of their parents; moreover, these relationships lay the foundations for an initial formation of the sense of Self. School validates their abilities and aptitudes. Society should enable and facilitate relational experiences and the act of “being” in relation with the Other. In the developmental process, the peer group and the more recent world of social media are of fundamental importance; in an increasingly mediated and fragmented society, these social mirrors can prove to be extremely powerful, returning a distorted image of the Self and of reality. In Adlerian theory, lifestyle is a key concept. It is formed in the early years of a person's life and is determined by a plurality of variables, necessarily attributable to a complex model. In this sense, it is essential to identify which elements are crucial in defining the psychology of the child first, and later of the adult [4]. This reflection places us in the position of having to examine which elements in the child's life, as a person in formation, align with-or, conversely, conflict with-their personal background, family history, and desires. The school context, together with the peer group and the virtual world during adolescence, constitutes a formidable opportunity for mirroring for the growing child/adolescent; in this sense, the child consolidates the mechanism developed through the continuous confrontation of primary relationships, through which their mind is constructed, as it exists in the minds of the parents. Yet in today's society, increasingly devoted to perfectionism and speed, the child receives and must process countless stimuli for which they may not be sufficiently equipped. Thus, the mirror of the world beyond the Self and the Other reflects a disharmonious, deformed, and often unrealistic image. Contemporary psychology is tasked with taking up the challenge of reshaping today's social mirror and purifying it in view of tomorrow.

Keywords: IDENTITY, FAMILY, MIRRORING, BELONGING

Abstract – UNO SPECCHIO, MILLE SGUARDI: DINAMICHE RELAZIONALI E IMMAGINE DI SÉ NELLO STILE DI VITA DEL BAMBINO. Durante il processo di crescita, il bambino è costantemente immerso in dinamiche di rispecchiamento che coinvolgono i suoi principali contesti di vita e di formazione: la famiglia, la scuola, il gruppo dei pari, virtuale e reale. Le relazioni primarie permettono al bambino di pensarsi perché riesce a specchiarsi negli occhi dei genitori, inoltre, pongono le basi per una iniziale formazione del senso di Sé. La scuola ne convalida capacità e attitudini. La società dovrebbe permettere e agevolare l'esperienza relazionale e lo “stare” in relazione con l'Altro.

Nel processo di sviluppo è di fondamentale importanza il gruppo dei pari e il più recente mondo dei social; in una società sempre più mediatizzata e frammentata, questi specchi sociali possono risultare potentissimi e restituire un'immagine deformata di Sé e della realtà. Nella teoria Adleriana lo stile di vita è un concetto cardine. Questo si forma nei primi anni di vita della persona ed è determinato da una pluralità di variabili, per necessità riconducibili ad un modello complesso. In tal senso, è fondamentale saper individuare quali elementi risultano cruciali nel definire lo psicologismo del bambino prima e dell'adulto poi [4]. Questa riflessione ci pone nella condizione di dover esaminare quali elementi nella vita del bambino in quanto persona in formazione collimano o, al contrario, confliggono con il suo bagaglio personale, con la sua storia familiare e con i suoi desideri. Il contesto scolastico con il gruppo dei pari e il mondo virtuale nel periodo adolescenziale costituiscono una possibilità di rispecchiamento formidabile per il bambino/ragazzo che cresce; in questo senso il bambino consolida il meccanismo sviluppatosi nel confronto continuo delle relazioni primarie attraverso cui la sua mente si costruisce in quanto essa stessa esiste nella mente dei genitori. Ma nella società attuale, sempre più votata al perfezionismo e alla velocità, il bambino riceve e deve processare innumerevoli stimoli per cui forse non è sufficientemente equipaggiato. Ecco che lo specchio del mondo al di là del Sé e dell'Altro rimanda un'immagine disarmonica, deforme e spesso irrealistiche. Alla psicologia contemporanea spetta il compito di accogliere la sfida di rimodulare il riflesso dello specchio sociale di oggi e bonificarlo in vista del domani.

Parole chiave: IDENTITÀ, FAMIGLIA, RISPECCHIAMENTO, APPARTENENZA

I. Genitori e famiglia: il primo specchio

Una prospettiva interessante nello studio della formazione identitaria del bambino è quella che muove a partire dal pensiero di Stern [12], con particolare riferimento alla costruzione del Sé del bambino nelle prime fasi di vita. Nella visione di Stern, inaugurando la corrente intersoggettiva, si può parlare del Sé riferendosi ad una sorta di principio organizzante dell'esperienza che il bambino fa, ancora in fase preverbale, dei suoi stati mentali.

Solo in un momento successivo a questo vissuto esperienziale seguirà la consapevolezza verbalizzata, ma la vita intersoggettiva del bambino lo indirizza fin dalla nascita verso la costruzione di un'idea di Sé. In questi primi mesi è cruciale, ovviamente, la modalità espressiva genitoriale. Stern si avvicina in un certo modo al pensiero adleriano, postulando l'esistenza di una socialità innata in ogni bambino, che si sviluppa e si accende nelle varie interazioni a cui è sottoposto nei primi contesti relazionali, in primis la famiglia.

Ampliando questa prospettiva ci troviamo a riflettere sull'ambiente familiare. Citando Grandi [4], la famiglia fornisce allo stesso tempo tenerezza e aggressività, in un equilibrio il più possibile bilanciato tra le due componenti del lessico famigliare di uno specifico nucleo inserito in un contesto socioculturale di riferimento.

L'ambiente esterno e il microcosmo sociale e culturale in cui i singoli membri della famiglia si collocano hanno un peso determinante nel condizionare le esperienze familiari stesse.

I fantasmi della propria storia personale, il tema del giudizio, la tendenza al controllo o la disillusione della libertà incontrollata, la paura di sbagliare e un dialogo carente sono spesso aspetti riconducibili alle storie familiari attuali, che se da un lato preoccupano, dall'altro possono offrire un grande spunto di riflessione per cercare di meglio comprendere aspetti salienti del “fuori” che a cascata ricadono sul “dentro”, modificandolo e ridefinendolo sotto nuovi profili.

II. *La scuola e i pari: il secondo specchio*

Nel percorso evolutivo il processo di rispecchiamento, che ha le sue radici primarie nella diade madre-bambino, subisce una progressiva estensione di portata e complessità. Se le figure genitoriali costituiscono il primo specchio in cui il bambino si riconosce, con l'ingresso nel mondo scolastico e l'esperienza del rapporto coi pari, lo sguardo si espande.

La scuola, nel quadro dello sviluppo identitario, si configura come un contesto privilegiato di rispecchiamento e validazione, in cui il bambino e l'adolescente sperimentano la propria collocazione sociale oltre la dimensione familiare. Il ruolo della scuola, luogo di apprendimento e formazione, è fondamentale per promuovere ed assicurare il pieno sviluppo della personalità umana secondo l'accezione che vede la formazione dell'individuo nell'integrità delle sue dimensioni costitutive cognitive, affettive e motorie.

Ogni alunno ha necessità di sentire la propria classe come ambiente sicuro [2] che attivi la propria modalità di relazione (MOI), che stimoli il sistema mentale di previsione ed organizzazione, nel quale esprimere il proprio Sé, in libertà ed autonomia, auto motivandosi agli apprendimenti e alla conoscenza dell'altro, in continua relazione con i pari e con l'adulto [7].

L'ingresso a scuola porta anche come conseguenza un maggior coinvolgimento con il gruppo dei pari, altro punto cardine per la formazione del proprio Sé e della propria identità. Nel processo di separazione-individuazione, nello specifico, l'adolescente tenta di distaccarsi dalla famiglia per una ricerca sempre più attiva della relazione con i pari, che riesce ad assumere così un significato intenso sul piano affettivo, sociale e cognitivo.

Nel gruppo l'adolescente sembra trovare un ambiente affine e rassicurante, che favorisce il distacco dalla famiglia e la conquista dell'autonomia personale. Il gruppo, dunque, costituisce un luogo di partecipazione e di elaborazione di rappresentazioni sociali che guidano l'agire dell'adolescente nella realtà.

Secondo la teoria psicodinamica adleriana, l'essere umano si forma attraverso la relazione, l'incontro con l'Altro [5] e lo sviluppo del "sentimento sociale" [1].

Nella prospettiva di costruzione del proprio Sé dovremmo tenere conto della potenzialità dell'aggregazione, della capacità di collaborare, di comprendere e di entrare in empatia con gli altri e, inoltre, della valutazione di ciò che sta nel "lato utile" o "inutile" della vita.

Secondo Erikson, l'identità è il risultato di un progresso che si articola e si sviluppa nel tempo, dalle prime identificazioni infantili alla coscienza di Sé della persona adulta, con il compito di superare la bipolarità tra identità e diffusione [3]. All'interno del gruppo dei pari i processi di ricerca dell'identità possono avere inizio attraverso l'interazione, in cui l'adolescente proietta la propria immagine diffusa sui coetanei e, vedendola riflessa, rielabora una serie di elementi necessari per la conquista dell'identità.

L'importanza di appartenenza, di identificazione e differenziazione dal gruppo dei pari sembra intersecarsi con lo sviluppo del sentimento sociale, visto sia come istanza integratrice all'interno della psiche che, come bisogno innato di unitarietà tra diverse componenti del Sé. All'interno del gruppo il processo di progressiva conquista dell'autonomia, che presuppone un'azione di progressivo decentramento, dovrebbe consentire all'adolescente di differenziarsi, assumendo così diversi punti di vista e successivamente dovrebbe implicare una differenziazione di Sé rispetto agli altri e l'acquisizione di un'identità propria.

III. *La società e l'Identità virtuale nel mondo dei social: il terzo specchio*

Crescendo la società cessa di essere uno sfondo indistinto per diventare un campo relazionale dinamico o, come viene definita da Alfred Adler [1], "un campo di possibilità". In questa prospettiva, il rispecchiarsi nella società non è un processo passivo ma un dialogo attivo, attraverso cui il bambino prima e l'adolescente poi, cerca e assimila modelli di identificazione, interiorizza ideali di giustizia, di cooperazione e sviluppa un senso di appartenenza. La società, pertanto, diviene un palcoscenico esistenziale in cui mettere alla prova il proprio *Stile di Vita*.

Tuttavia, nella società in cui oggi i bambini e gli adolescenti sono chiamati a sperimentarsi prevale l'ideale dell'autorealizzazione, che potrebbe essere rappresentato dallo slogan: "Yes, we can!". Il filosofo Byung-Chul Han [6] la definisce "società della prestazione", in cui l'individuo viene proiettato nella dimensione del puro *fare*.

Da ciò ne consegue che il valore della persona sia misurato solo in termini di azioni e di risultati, portando alla costruzione di un'identità fragile e dipendente dal riconoscimento esterno.

In un contesto dove niente è impossibile la positività assume un ruolo totalizzante e distorcente. Sentimenti come tristezza, angoscia e dolore vengono negati e repressi, in quanto espressioni di una negatività che li rende proibiti. Ciò promuove il ricorrere a riempitivi “emotivi”, in una società attualmente ricca di stimoli che non lascia spazio alla noia e che porta progressivamente a un impoverimento della capacità di introspezione ed ascolto di sé.

I social network rivestono un ruolo sempre più centrale e importante durante la crescita delle nuove generazioni, ricoprendo un valore primario nell’adolescenza. I social network rappresentano uno spazio pubblico in cui gli adolescenti mettono in scena se stessi, scelgono cosa mostrare e cosa omettere, sperimentano ruoli e registrano reazioni immediate da parte degli altri [9]. Le piattaforme diventano una sorta di specchio digitale, attraverso cui i giovani osservano la propria immagine riflessa non solo nelle foto e nei contenuti pubblicati, ma anche nelle reazioni ricevute.

Attraverso l’utilizzo dei social, il giovane si interroga su come e cosa presentare di sé, domandandosi che immagine vuole dare e cosa vuole comunicare di se stesso, successivamente si trasforma ed eventualmente si adatta in base ai rimandi che riceve, adeguando sempre di più la propria espressione di Sé in base ai feedback ricevuti [8]. Questi indicatori assumono un valore simbolico legato all’autostima e al senso di appartenenza.

Non sempre però la creazione dell’immagine di Sé virtuale corrisponde a quella reale, sviluppando e alimentando la creazione di un falso Sé [10]. I social permettono al ragazzo di diventare per l’Altro ciò che si sceglie di diventare e dove il loro giudizio assume un potere elevatissimo, con il rischio di un potere manipolativo anche nella realtà altrettanto rilevante.

Non si tratta solo di essere ma, soprattutto, di apparire, alimentando quei tratti narcisistici della società attuale. Tutta questa tensione nella ricerca di una creazione di un Sé sempre più perfetta e performante può creare una scissione tra l’identità autentica e quella idealizzata e nelle situazioni più problematiche l’immagine di Sé reali e virtuali rimangono scisse formando due identità “separate”, impossibili nell’integrazione, impedendo al ragazzo di sviluppare un senso di Sé e della realtà coesa e veritiera. Tutto questo alimenta quei fenomeni spesso presenti oggi negli adolescenti come il bisogno di mostrarsi perfetti, la paura di essere esclusi e l’eccessiva dipendenza dal giudizio altrui.

Come psicoterapeuti adleriani dovremmo porre l’attenzione sull’andamento dei sentimenti di continuità e discontinuità, di coerenza e frammentarietà e di attivazione progettuale verso mete o scopi esperiti dagli adolescenti e come tali aspetti incidono sul rispecchiamento.

L'intervento dello psicoterapeuta adleriano dovrebbe inoltre essere volto a promuovere nel bambino e nell'adolescente la capacità di sostare nell'esperienza, atto che implica necessariamente un *fermarsi* e un *sentire*. In questa prospettiva, uno degli obiettivi terapeutici fondamentali, dovrebbe consistere nell'accompagnare la persona verso la consapevolezza che il limite, il dolore e il fallimento non siano nemici da espellere ma parti costitutive e necessarie dell'esistenza.

Bibliografia

1. ADLER, A. (1933), *Der Sinn des Lebens*, tr. it. *Il senso della vita*, De Agostini, Novara 1990.
2. BOWLBY, J. (1969), *Attachment and Loss*, tr. it. *Attaccamento e perdita*, Boringhieri, Torino 1983.
3. ERIKSON, E. H., ERIKSON, J. M. (1982), *The Life Cycle Completed*, tr. it. *I cicli della vita. Continuità e mutamenti*, Armando Editore, Roma 2018.
4. GRANDI, L. G. (2016), *Amore e psyche*, Effetà Editrice, Cantalupa (TO).
5. GRANDI, L. G., (2019), *Se questo è un altro, conoscenza di sé e consapevolezza*, Effetà Editrice, Cantalupa (TO).
6. HAN, B. C. (2010), *Müdigkeitsgesellschaft*, tr. it. *La società della stanchezza, Nottetempo*, Milano 2012.
7. KOHUT, H. (1978), *The Analysis of the Self*, tr. it. *La ricerca del Sé*, Bollati Boringhieri, Torino, 1982.
8. LANCINI, M. (2019), *Il ritiro sociale negli adolescenti. La solitudine di una generazione iperconnessa*, Raffaello Cortina, Milano.
9. TWENGE, J. M. (2017), *iGen: Why Today's Super-connected Kids Are Growing Up Less Rebellious, More Tolerant, Less Happy and Completely Unprepared for Adulthood*, tr. it. *Iperconnessi. Perché i ragazzi oggi crescono meno ribelli, più tolleranti, meno felici e del tutto impreparati a diventare adulti*, Einaudi, Torino 2018.
10. VITAGLIANO, P., GIRELLA S., LELII M., MELIS V., MUSSAT A., OCCELLI L., (2021), Io davanti allo specchio dell'online sono come appaio? Appaio quindi sono? La paura di diventare invisibili, *Il Sagittario*, 46-47.
11. SIEGEL, D. (1999), *The Developing Mind*, tr. it. *La mente relazionale*, Raffaello Cortina, Milano 2013.
12. STERN, D. N. (1985), *The Interpersonal World of the Infant*, tr. it. *Il mondo interpersonale del bambino*, Bollati Boringhieri, Torino 1987.

Ilaria Dessena
idess61@gmail.com

Desirée Louro
desi.louro88@gmail.com

Greta Rao
gretarao93@gmail.com

Federica Garelli
federicadelfungo@gmail.com

Loredana Randazzo
loredanarandazzo86@gmail.com

Emanuela Grandi
emanuela.grandi@tiscali.it

Specchio delle mie brame. Il tema identitario nei percorsi migratori dei giovani adolescenti: desideri possibili e ostacoli misurabili

VERONICA LO SAPIO, ERSILIA CORALLO, ILARIA DESSENA

Summary – “MIRROR ON THE WALL”. IDENTITY ISSUES IN THE MIGRATION JOURNEYS OF YOUNG ADOLESCENTS: POSSIBLE DESIRES AND MEASURABLE OBSTACLES. Adolescents who have directly or indirectly experienced migration face the complex challenge of constructing a dual identity. This process involves integrating past and new identifications, creating a single identity that is not the result of a simple sum, but rather of a personal elaboration of what has been transmitted and what has been internalized. Self-construction inevitably begins with identification with the other, particularly with parental figures. Young immigrants' identity is formed through the encounter of different cultural elements. This fact contributes to an identification process in which the reflection of the family and the inhabited society is crucial to the individual's development, balancing desire and a sense of belonging. The role of the family and the host society is central, because both the sense of belonging and the opportunities for comparison and recognition depend on them. Adolescents find themselves mediating between the cultural and emotional heritage of their family and the often divergent models of the host culture. According to Adlerian theory, the individual is the product of the interaction between biology, psyche and social environment. The socio-cultural context therefore represents a crucial element in shaping one's self-image. For second-generation adolescents, the identity challenge is even more complex: they must negotiate often contrasting worlds, integrating psychological, ethnic, and linguistic aspects of both cultures. The quality of their experiences in both contexts profoundly influences their identity development. Acceptance or exclusion can significantly shape an individual's developmental trajectory. It is therefore essential that educational and training contexts collaborate to offer adequate support and tools. Only in this way will it be possible to help young people build an harmonious identity, capable of inhabiting an increasingly multiethnic future. The challenge for contemporary psychology is to mediate between the mirror and the reflected image.

Keywords: IDENTITY, MIGRATION, DOUBLE TRANSITION, ADOLESCENCE

Abstract – SPECCHIO DELLE MIE BRAME. IL TEMA IDENTITARIO NEI PERCORSI DEI GIOVANI ADOLESCENTI: DESIDERI POSSIBILI E OSTACOLI MISURABILI. Gli adolescenti che hanno vissuto direttamente o indirettamente un'esperienza migratoria affrontano la complessa sfida di una doppia costruzione identitaria. Questo processo implica l'integrazione tra le identificazioni del passato e quelle nuove, dando vita a un'identità unica, frutto non di una semplice somma, ma di un'elaborazione personale tra ciò che è stato trasmesso e ciò che è stato interiorizzato. La costruzione di sé parte inevitabilmente dall'identificazione con l'Altro, in particolare con le figure genitoriali [10]. Nel caso dei giovani immigrati, l'identità si forma attraverso l'incontro di elementi culturali differenti. Questi concorrono ad un processo di identifi-

cazione in cui lo specchio della famiglia e della società abitata è cruciale per la formazione dell'individuo, tra desiderio e senso di appartenenza. Il ruolo della famiglia e della società di accoglienza è centrale, poiché da essi dipendono sia il senso di appartenenza sia le occasioni di confronto e riconoscimento. L'adolescente si trova a mediare tra l'eredità culturale e affettiva della propria famiglia e i modelli, spesso divergenti, della cultura ospitante [7, 14]. Secondo la teoria adleriana, l'individuo è il prodotto dell'interazione tra biologia, psiche e ambiente sociale. Il contesto socio-culturale rappresenta quindi un elemento cruciale nel riflesso dell'immagine di sé. Per gli adolescenti di seconda generazione, la sfida identitaria è ancora più articolata: devono negoziare tra mondi spesso in contrasto, integrando aspetti psicologici, etnici e linguistici delle due culture. La qualità dell'esperienza vissuta in entrambi i contesti influisce profondamente sul percorso identitario. Accoglienza o esclusione possono orientare in modo determinante la traiettoria evolutiva dell'individuo. È dunque fondamentale che i contesti educativi e formativi collaborino per offrire supporto e strumenti adeguati. Solo così sarà possibile aiutare i giovani a costruire un'identità armonica, capace di abitare un futuro sempre più multietnico. La sfida della psicologia contemporanea è quella di mediare tra lo specchio e l'immagine riflessa.

Parole chiave: IDENTITÀ, IMMIGRAZIONE, DOPPIA TRANSIZIONE, ADOLESCENZA

Introduzione: costruzione identitaria in adolescenza

L'adolescenza è una fase delicata e complicata della vita che rappresenta il passaggio dall'infanzia all'età adulta. Alfred Adler [2] definisce l'adolescenza come un periodo di passaggio, di rottura degli schemi e di proiezione della persona verso una nuova dimensione biologica, psicologica, affettiva, cognitiva.

Si configura come lo spaccato di vita in cui l'adolescente, non più bambino e non ancora adulto, deve necessariamente confrontarsi con la ricerca di un nuovo Sé, dismettendo, in parte, i vecchi panni per crearne di nuovi. Questo momento rappresenta una fase di transizione, in cui i ragazzi devono passare attraverso svariate crisi prima di potersi strutturare come giovani adulti.

È un periodo di evidenti cambiamenti, sia fisici che psichici, in cui si forma la propria personalità e proprio per questo motivo è il momento di massima fragilità di una persona: l'adolescente vive le varie situazioni della vita in una maniera emotivamente molto più accentuata rispetto alle altre fasce d'età; è più sensibile agli eventi che caratterizzano la sua esistenza e nel farvi fronte deve fare i conti con una repentina variazione ed evoluzione interiore.

I. Adolescenti immigrati e doppia transizione

Questo stato di incertezza risulta frustrante per ogni adolescente, ma diventa ancor più difficile e delicato per i ragazzi e le ragazze che devono definire se stessi mentre convivono con una doppia appartenenza culturale. Si tratta, quindi, di una grande sfida, ovvero quella dell'integrazione culturale, perché la cultura rappresenta una parte fondamentale per la costruzione dell'identità.

Questo non solo perché gli adolescenti sono in contatto con sistemi valoriali diversi, ma anche perché a questa pressione di dover trovare una propria identità si aggiunge quella di appartenere ad una minoranza etnica [8]. Nel caso degli adolescenti di seconda generazione, ad esempio, viene percepita una difficoltà nella volontà e necessità di essere riconosciuti come nativi del territorio in cui vivono, sentendosi definire come “stranieri”.

Più tale aspetto è accentuato, tanto più arriveranno a credere che sia normale abituarsi alla sensazione e condizione di inferiorità in cui le persone autoctone li spingono, costruendo un ulteriore ostacolo alla propria formazione identitaria [13]. Tali processi rendono indubbiamente ancora più difficile agli adolescenti di seconda generazione il già travagliato percorso di definizione di sé.

II. *Processo di formazione identitaria e questione etnica*

All'interno di questo turbolento percorso caratterizzato da una vera e propria ristrutturazione psicofisica e da un senso di profonda instabilità emotiva, si aggiunge la questione etnica che complica ulteriormente i vari passaggi evolutivi in esame.

In letteratura si parla, precisamente, di costruzione dell'identità etnica come di un processo che inizia fin dai primi anni di vita, in quanto i bambini imparano a definirsi e identificarsi in base al gruppo etnico di riferimento, che gli permette di riconoscersi come simili a qualcuno. Questa fase diventa essenziale nel periodo adolescenziale in quanto il ragazzo dovrà procedere alla comprensione e all'esplorazione dei significati connessi [9].

Secondo alcuni autori [12], affrontando il tema della costruzione identitaria in presenza di un vissuto di immigrazione e di elementi etnici pregnanti, si può parlare di un vero e proprio vissuto “intermezzo”. L'origine etnica, infatti, riveste un ruolo fondamentale nel processo che vede l'adolescente protagonista nell'assorbimento di ideali culturali. Questo aspetto risulterà tanto più difficoltoso e problematico, quanto più il giovane si senta rifiutato o non completamente integrato nel tessuto culturale e sociale che abita. Riprendendo altri autori, l'autrice Berry [4] fa riferimento a diverse modalità attraverso le quali si costituisce la cosiddetta acculturazione: assimilazione, integrazione, separazione e marginalizzazione.

L'*assimilazione* può intendersi come il grado più elevato di integrazione della nuova cultura, comportando un quasi totale abbandono della cultura di origine. Questo è possibile grazie ad un profondo processo di costruzione identitaria a partire da una corrispondenza tra la persona e la nuova cultura.

L'*integrazione*, invece, prevede che gli elementi culturali differenti siano integrati creando una vera e propria commistione.

Il ragazzo parte dalla cultura di appartenenza e cerca di adattarvi alcuni elementi propri del nuovo contesto di vita, anche se talvolta questo compito può essere di difficile realizzazione a causa di possibili contrasti tra due mondi a sé stanti.

La *separazione* implica un grado di rigetto più aspro rispetto alla nuova cultura, discostandosene. Infine, il profilo di più complessa gestione da un punto di vista sociale è la *marginalizzazione*, che si attua nel momento in cui né il percorso individuale né quello socio-culturale nuovo si incontrano; si instaura un pericoloso meccanismo di repulsione reciproca, da cui possono scaturire non solo conflitti e asperità sul piano sociale, ma anche problematiche e difficoltà individuali (es. identità diffuse, non correttamente strutturate).

Questo ragionamento vede la famiglia impegnata in prima linea. Secondo l'autrice, infatti, il percorso di costruzione identitaria attraverso la mediazione di elementi culturali differenti è ancora più complessa per giovani immigrati di seconda generazione che non abbiano alle spalle genitori che a loro volta abbiano acquisito in maniera armonica elementi sociali e culturali del Paese ospitante.

Nel momento in cui venisse a mancare da parte dei genitori un tentativo di accompagnamento e orientamento nel definire gli aspetti salienti della cultura nuova, per i ragazzi sarà molto difficile farla propria, rappresentando così non un'occasione di ricchezza ulteriore ma una sfida continua e quotidiana con elementi culturali percepiti come pericolosi e da cui tutelarsi.

III. Tema identitario in ottica interculturale: maggiore fragilità e supporto al bisogno di integrazione

Spostarsi a vivere in un Paese nuovo, con una cultura diversa dalla propria, può provocare dei cambiamenti nel modo in cui ci si sentiamo e ci vediamo. Ciò può generare una forma di stress, noto come *stress da transculturazione*, che consiste nella condizione di fatica che può sperimentare chi è espatriato in un Paese con una cultura diversa dalla propria. Chi ne soffre può provare sensazioni di estraneità, solitudine, nostalgia, preoccupazione [3].

Questo può rendere ancora più difficile affrontare le sfide che si presenteranno nel nuovo Paese, prime tra tutte la comunicazione o il cambio di status sociale. Tuttavia lo stress non è una condizione di per sé negativa, ma è un segnale che siamo alle prese con una situazione impegnativa, che richiede di mobilitare le nostre energie. I risvolti di questo processo possono essere positivi, possono farci rendere conto di quanto sappiamo essere forti e resilienti, oppure l'esatto opposto.

I giovani figli di immigrati, rispetto ai loro coetanei autoctoni, devono gestire la situazione della loro identità etnica, cercando di non descriversi e farsi descrivere in riferimento a questa ma in quanto persone come tutte le altre.

È altresì vero, però, che non si può negare la diversità culturale che li contraddistingue perché le abitudini, alcune caratteristiche fisiche, il bilinguismo, la memoria del paese originario dei genitori raccontano inevitabilmente una provenienza e un mondo diversi. Per questo, tutte le esperienze di accoglienza o rifiuto che sperimenteranno nei vari contesti relazionali, avranno un esito decisivo nella costruzione dell'identità.

Il percorso evolutivo verso l'età adulta è quindi, in questi casi, caratterizzato da una "*doppia transizione*": "il processo di costruzione identitaria, in particolare nell'adolescente immigrato di seconda generazione, si gioca su un terreno socio-psicologico intermedio tra due culture all'interno delle quali l'adolescente deve negoziare la propria identificazione al fine di trovare un filo conduttore tra il proprio retroterra culturale, quindi il legame con la propria famiglia, e la piena accettazione del contesto culturale dominante" [14].

Si parla di una fase in cui si ricercano moltissimo dei modelli come punti di riferimento in cui identificarsi e coloro che possiedono una doppia appartenenza culturale hanno a che fare con un doppio confronto: in tal caso l'adolescente può trarre un grande vantaggio dal suo biculturalismo, in quanto se valorizzato nel modo corretto consente di conservare valori e norme di entrambe le culture e di poter scegliere, in un'ottica utilitaristica, tra una e l'altra a seconda delle circostanze.

Per gli adolescenti di seconda generazione il paragone con i coetanei locali è una costante e la sensazione di inferiorità o di diversità è la prima ad emergere se il divario viene percepito in maniera eccessiva. Il pendolarismo a cui i figli di immigrati sono sottoposti non è solo tra elementi culturali ma anche tra l'esigenza di soddisfare i genitori e quella di far capire alla società di accoglienza che non devono essere considerati e trattati come stranieri.

In questo confronto tra due mondi differenti è importante che non siano lasciati soli ad affrontarlo ma che siano accompagnati; Bindi [6] afferma che "la sociologia relazionale ci insegna che la funzione di *bridging*, cioè di ponte culturale e generazionale, non può essere separata da quella di *bonding*, cioè della creazione e del mantenimento di legami forti con le famiglie e le comunità d'origine". Di fatto, per contribuire allo sviluppo di un senso di sé sano ed in grado di integrare le proprie parti, non bisogna rinunciare a una delle due realtà.

IV. *La prospettiva Adleriana: stimoli e riflessioni sull'operatività della psicologia clinica*

La teoria di Adler rappresenta un ottimo spunto di riflessione in quanto racchiude non solo uno dei capisaldi della nostra teoria di riferimento, ma focalizza l'attenzione sul principio secondo cui l'ambiente impatta notevolmente sulla percezione del bambino e dell'adolescente del suo personale modo di posizionarsi nel mondo.

La forte vocazione di Adler per la socialità, comune a molti terapeuti adleriani o studiosi della sua opera, può rappresentare una guida nella definizione di progetti e attività mirate a favorire i percorsi di inclusione, portando la Psicologia Individuale di Alfred Adler a costituirsi come importante interlocutore sul piano delle politiche sociali e comunitarie in un dialogo aperto e costruttivo che possa fornire elementi di conoscenza dell'uomo e del suo modo di approcciare le sfide della quotidianità [1].

La sfida della Psicologia Clinica contemporanea diventa quella di saper essere di supporto nell'intercettare le situazioni di maggiore fragilità nei principali ambienti educativi nei quali si svolge la vita dei giovani adolescenti, quale la scuola, e di poter intervenire con prese in carico in grado di dare valore ad ogni aspetto culturale che entra in gioco nella formazione identitaria dell'adolescente.

Bibliografia e Sitografia

1. ADLER, A. (1933), Über den Ursprung des Strebens nach Überlegenheit und des Gemeinschaftsgefühles, *Int. Z. Indiv. Psychol.*, 11, 257-263, in ANSBACHER, H. L., ANSBACHER, R. R. *Aspirazione alla superiorità e sentimento comunitario*, Edizioni Univ. Romane, Roma 2008.
2. ADLER, A., METZGER, W. METZGER, W. (1933), *Der Sinn des Lebens*, tr. it. *Il senso della vita*, Newton Compton, Roma 1997.
3. BENEDUCE, R., (2007), *Migrazione e disagio psichico: le sfide dell'ambivalenza*, Psychiatry on line Italia.
4. BERRY, J. W. (1997), Immigration, Acculturation, and Adaptation, *International Journal of Applied Psychology*, 46(1), 5-34.
5. BERENSTEIN, F. J., PUGET, J. (1997), *Lo vincular*, Paidos, Buenos Aires.
6. BINDI, L. (2005), Uscire dall'invisibilità. Bambini e adolescenti di origine straniera in Italia, Vol. *Bambini, adolescenti e giovani stranieri. L'indagine qualitativa*, Unicef.
7. CALABRÒ, A. R. (2013), «Di che parliamo quando parliamo d'identità?», *Quaderni di Sociologia* [Online], 63 | 2013, online dal 01 décembre 2013, consultato il 07 juin 2025. URL: <http://journals.openedition.org/qds/422>; DOI: <https://doi.org/10.4000/qds.422>
8. ERIKSON, E. (1968), *Identity: Youth and Crisis*, tr. it. *Gioventù e crisi d'identità*, Armando, Roma 1999.
9. LARA, L. (2018), Ethnic Identities of Immigrant and Native Adolescents: Development and Relationship to Life Satisfaction, *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 31/19.
10. LINGIARDI, V., Mc WILLIAMS, N. (2018), *PDM-2. Manuale diagnostico psicodinamico*, Raffaello Cortina, Milano.
11. MANCINI, T. (2008), Adolescenza, identità e immigrazione. Continuità e discontinuità culturali nelle seconde generazioni di immigrati, *Ricerca Psicoanalitica*.
12. STREECK-FISCHER, A. (2015), Identity Formation Difficulties in Immigrant Adolescents: Three Cases from Germany, *The American Journal of Psychoanalysis*, 75, 438-453.
13. TAJFEL, H. (1981), *Human Groups and Social Categories: Studies in Social Psychology*, tr. it. *Gruppi umani e categorie sociali*, Il Mulino, Bologna 1995.
14. ZANETTI, M. A. (2012), Identità migranti, in PASSERINI, A., M. TALAMONI, *Migranti. Transculturalità ed esperienza immaginativa*, Alpes Italia, Roma.

Psicosi e sostanze, circuito deformante dello specchio

ELENA LOVISONI, MATTIA SALAMONE, PIERO CHERASCO

Summary – PSYCHOSIS AND SUBSTANCES; THE MIRROR’S DISTORTED CIRCUIT. The Adlerian model of personality theorised as the VEP-PM by Andrea Ferrero is used to analyse a clinical case of a patient in the community at the “Althaea” Class 1 Psychiatric Residential Facility (S.R.P.I). According to this model, the psychopathology, specifically the NOS psychosis and dependency on psychoactive substances, is the realisation of a complex web of vulnerabilities, all necessary but none adequate. The pathogenesis of psychiatric disorders is primarily accompanied by a genetically-led fragility of the individual, which causes specific dysfunctional activities in the brain. A second etiopathogenetic factor involves psychosocial vulnerability, which is linked to the influence of early attachment experiences. Furthermore, if there are any individual traumas or specific symbolically significant stressful elements in the person’s life story, they represent a pivotal presence and that in some cases acts as a trigger for the onset of the psychopathological symptom. Finally, the last factor is personality organisation, which is ranked according to different psychopathological functioning levels.

Keywords: PSYCHOSIS, SUBSTANCES, COMMUNITY, DEPENDENCY, FRAGILITY

Abstract – PSICOSI E SOSTANZE, CIRCUITO DEFORMANTE DELLO SPECCHIO. . L’analisi del caso clinico di un paziente della Comunità S.R.P.I Althaea procede secondo il modello adleriano della personalità teorizzato come VEP-PM da Andrea Ferrero. Secondo tale impostazione, la psicopatologia, nel caso specifico la psicosi NAS e la dipendenza da sostanze psicoattive, è la concretizzazione di un complesso intreccio tra vulnerabilità, tutte necessarie e nessuna sufficiente. Alla patogenesi dei disturbi psichiatrici concorre primariamente una fragilità dell’individuo su base genetica, che determina specifiche attività disfunzionali del cervello. Un secondo fattore eziopatogenetico è costituito dalla vulnerabilità psicosociale, che si riferisce all’influenza delle vicende precoci dell’attaccamento. Ancora, l’evenienza di singoli traumi o di specifici elementi stressanti simbolicamente significativi nella storia di vita della persona costituisce una presenza cardine e che in alcuni casi funge da innesco per l’insorgenza del sintomo psicopatologico. Infine, l’ultimo fattore è costituito dall’organizzazione della personalità, gerarchizzata secondo diversi livelli di funzionamento psicopatologico.

Parole chiave: PSICOSI, SOSTANZE, COMUNITÀ, DIPENDENZA, FRAGILITÀ

Si prende in esame il caso di un paziente di 28 anni, inserito in Comunità nel giugno 2024, con una buona condizione economico-familiare. All'anamnesi emerge una consistente familiarità di psicosi schizofreniche, con evidenza clinica, in tre membri prossimi da parte materna.

Il paziente presenta una storia di trasferimento da solo negli Stati Uniti, con un periodo di vita caratterizzato da isolamento sociale e uso pervasivo e quotidiano di THC e altre sostanze, le quali agiscono sullo stato di coscienza. In questa fase, il soggetto è immerso costantemente nel "sogno" delle sostanze, senza alternativa di lavoro o studio.

Tale periodo è determinante per deformare, fino ad infrangerlo, lo specchio interiore del ragazzo, aprendo la via della psicosi.

Al rientro in Italia, continua uno Stile di Vita senza un'utile finalità, con prosieguo della pluridipendenza da sostanze e frequentazione esclusiva dell'ambito sociale della tossicodipendenza. Contestualmente, emergono eclatanti i disturbi del pensiero, fino a strutturarsi in veri e propri deliri.

Al suo ritorno a Torino, in conseguenza di un abuso di alcol, non è in grado di difendersi da una violenza sessuale. A tale esperienza applica una rimozione dissociativa pressoché totale. L'assenza completa di consapevolezza di malattia lo conduce al ricovero in Comunità.

Qui, il lavoro e l'impegno psicoeducativo, farmacologico e psicoterapico, oltre a sottrarlo al pannel delle sue dipendenze, iniziano a riparare le deformazioni e la frammentazione che l'insieme delle condizioni di vulnerabilità biopsicosocioculturali avevano causato nello specchio del suo Sé. Il cammino ricostruttivo è lento, ma si vedono alcuni frutti positivi dopo un anno di lavoro, sostenuti da una fortunata condizione di mantenimento di una buona prestazione cognitiva.

Bibliografia

1. ADLER, A. (1912), *Über den Nervösen Charakter*, tr. it. *Il temperamento nervoso*, Newton Compton, Roma 1971.
2. ANGLÉSIO, A., FULCHERI, G., SANFILIPPO, B. (2014), Le dipendenze patologiche: La prospettiva adleriana, *Psichiatria e Psicoterapia Culturale*, 20(2), 15-28.
3. BIGNAMINI, E., GALASSI, C. (2014), Per uno sviluppo della comprensione psicopatologica culturale dell'addiction e per un fondamento dell'intervento psicoterapeutico, *Psichiatria e Psicoterapia Culturale*, 20(2), 1-14.
4. FERRERO, A. (2014), Updating Adlerian Psychopathology According to Scientific Research: from Precarity and its Compensation to the "Vulnerability - Events - Personality Psychopathological Model" (VEP-PM), *26th Congress of IAIP*, Paris.
5. GARRETT, M. (2019), *Psychotherapy for Psychosis: Integrating Cognitive-Behavioral and Psychodynamic Treatment*, tr. it. *Psicoterapia delle psicosi: Integrare le prospettive cognitiva e dinamica*, Raffaello Cortina, Milano 2021.

Elena Lovisone
elena_lovisone@yahoo.it

Mattia Salamone
psicologo.mattiasalamone@gmail.com

Piero Cherasco
cherasco.piero@gmail.com

Un gioco di specchi. Da Adler ad oggi: come il rispecchiamento identitario sta cambiando coi nuovi media

SIMONE MAGNO, SOFIA MINNI, GIORGIA FAVERO,
FRANCESCA ABATE, ALICE BACCI

Summary – A HALL OF MIRRORS. FROM ADLER TO TODAY: HOW IDENTITY MIRRORING IS CHANGING WITH NEW MEDIA. This contribution explores identity mirroring within Alfred Adler's Individual Psychology framework, examining the relationship between self-development, early attachment experiences and the use of digital technologies in adolescence. It highlights how insufficient parental mirroring may lead individuals to seek relational substitutes online, such as influencers, digital communities and immersive virtual worlds. The paper considers avatars as identity projections and discusses the 'Mirror Dwellers' phenomenon in virtual reality, showing how media environments function as new spaces for self-construction and emotional regulation. Both expressive opportunities and compensatory risks associated with this phenomenon are addressed.

Keywords: MIRRORING, IDENTITY, INDIVIDUAL PSYCHOLOGY, SOCIAL MEDIA, AVATARS

Abstract – UN GIOCO DI SPECCHI. DA ADLER AD OGGI: COME IL RISPECCHIAMENTO IDENTITARIO STA CAMBIANDO COI NUOVI MEDIA. Il contributo esplora il tema del rispecchiamento identitario all'interno della cornice della Psicologia Individuale di Alfred Adler, approfondendo la relazione tra sviluppo del Sé, qualità delle prime relazioni di attaccamento e uso delle tecnologie digitali in adolescenza. Viene evidenziato come la carenza di rispecchiamento genitoriale possa favorire la ricerca di sostituti relazionali nei contesti online, attraverso influencer, comunità digitali e mondi virtuali immersivi. L'analisi considera gli avatar come proiezioni identitarie e discute il fenomeno dei "Mirror Dwellers" nella realtà virtuale, mostrando come i media possano diventare nuovi spazi di costruzione e regolazione del Sé. Il contributo mette in luce sia le potenzialità evolutive sia i rischi compensatori connessi all'uso di tali tecnologie.

Parole chiave: RISPECCHIAMENTO, IDENTITÀ, PSICOLOGIA INDIVIDUALE, SOCIAL MEDIA, AVATAR

Introduzione

Il presente elaborato vuole essere una traccia per studiare lo sviluppo identitario, il rispecchiamento genitoriale e l'utilizzo delle tecnologie. Nella Psicologia Individuale viene sottolineato il concetto di Stile di Vita [8], l'espressione unica e irripetibile della personalità individuale che si struttura dai primi anni di vita attraverso l'interazione con l'ambiente e le relazioni primarie [25, 28].

Per la strutturazione della psiche è fondamentale la funzione del rispecchiamento, ovvero la capacità del caregiver di riconoscere, validare e rispondere agli stati interni del bambino che non è capace di regolare in modo autonomo i propri affetti. Questa intersoggettività promuove lo sviluppo, tra i 9 e i 12 mesi, della funzione riflessiva, rendendo condivisibili contenuti della mente. Grazie anche al contributo di Fonagy [11, 12], è noto che la mentalizzazione gioca un ruolo centrale nell'attaccamento ed è un fattore protettivo dinanzi ad esperienze precoci problematiche.

Gli Schemi Appercettivi [8], che vengono interiorizzati nell'infanzia e che guidano l'individuo anche nelle relazioni successive, consentono di interpretare le nostre esperienze. I bambini sviluppano un attaccamento nei confronti dei caregiver di diverso tipo, a seconda della risposta ricevuta da loro, sia essa adattiva o disfunzionale. [10, 5, 6, 17] Di conseguenza, un rispecchiamento non adeguato durante la prima infanzia, influenza negativamente lo sviluppo psichico.

I. Se mi vedono, esisto

Senza uno sguardo che accoglie, il bambino non si sente visto né compreso: può crescere con un Sé fragile, più esposto a ansia, isolamento e insicurezza [35].

La mancanza di rispecchiamento emotivo precoce è correlata ad uso più compulsivo dei social media [16, 31], proprio perché essi sostituiscono il supporto emotivo non sperimentato nella relazione primaria.

I social possono diventare specchi alternativi, dove gli adolescenti cercano ciò che è mancato: riconoscimento, conferme, attenzione.

Il prezzo, tuttavia, può essere alto, soprattutto in un momento di sviluppo: l'adolescente viene profondamente influenzato dal giudizio altrui, rischiando di esserne dipendente, e l'identità viene costruita su un falso Sé [31].

Sono necessarie relazioni autentiche, in cui bambini e ragazzi si sentano visti e ascoltati. Un rispecchiamento reale, un ascolto empatico e dei modelli educativi solidi aiutano a costruire un Sé stabile e sicuro; in alternativa, il prototipo identificatorio potrà essere condizionato dagli Influencers più in voga al momento.

II. *Avatar e VR*

La capacità di costruire la propria identità emerge anche attraverso l'uso di Videogames e Realtà Virtuali [23]. In alcuni Videogames è possibile esprimere il proprio Sé Creativo tramite la creazione del proprio aspetto: secondo varie ricerche [13, 21], ciò andrebbe a modificare non solo l'apparenza fisica, ma anche il modo di porsi e di percepire il mondo intorno attraverso i propri Schemi Appercettivi (fenomeno definito Effetto Proteus) [13, 26, 30, 33]. Ciò diviene particolarmente evidente durante l'utilizzo di Giochi Online in cui la componente sociale assume un ruolo chiave, nello specifico con l'utilizzo di Visori per la Realtà Virtuale, in cui la mimica gestuale può essere trasposta nell'ambiente per interagire con altri individui.

Questa possibilità, tuttavia, si scontra con nuovi comportamenti emergenti in questi mondi: un esempio è il fenomeno dei Mirror Dwellers [29], persone che trascorrono ore ad osservare il proprio avatar riflesso davanti ad enormi specchi digitali. Ci sono ancora limitate ricerche [13, 19, 22] sulla causa e sulla finalità di tali fenomeni, ma appaiono interessanti due ipotesi: quella neuroscientifica per cui il cervello tenta di riorganizzare l'immagine percepita di sé guardando i movimenti dell'avatar riprodotti nello specchio; quella sociale per cui l'individuo tenta di introiettare l'immagine creata appositamente per riflettere i propri desideri e le proprie preferenze.

III. *Traccia delle linee guida per ulteriori approfondimenti*

La mancanza di rispecchiamento con i caregiver viene talvolta colmata dagli individui tramite i social network e gli influencer, altre volte tramite la costruzione di una nuova identità, che integri meglio caratteristiche fisiche e mentali attraverso l'avatar.

Certamente le nuove possibilità di rispecchiamento che si creano attraverso i mezzi tecnologici, siano questi social o Realtà Virtuali, rappresentano una criticità ed un fattore di rischio per lo strutturarsi di varie patologie improntate al ritiro sociale e ai Disturbi di Personalità. Emerge, inoltre, come la ricerca attualmente fatichi a star dietro a delle tecnologie che dimostrano di svilupparsi in modo sempre più veloce.

Tuttavia, la letteratura disponibile [22] riporta anche la possibilità di utilizzare tali tecnologie come opportunità di trattamento, come nel Dismorfismo corporeo nell'Anoressia: tali tentativi possono sollevare l'interesse verso questo filone di ricerca. La conoscenza e l'utilizzo di questi strumenti da parte dei clinici può inoltre rappresentare un'opportunità per raggiungere i giovani pazienti che diversamente non avrebbero accesso alle cure.

Bibliografia e Sitografia

1. ADLER, A. (1908), “Il bisogno di tenerezza del bambino” (1908), *Das Zärtlichkeitsbedürfnis des Kindes*, in ADLER, A., FURTMÜLLER, C. (a cura di, 1914), *Heilen und Bilden: Ärztlich-pädagogische Arbeiten des Vereins für Individual-psychologie*, Reinhardt, München. [N.d.R.]
2. ADLER, A. (1908), *Der Aggressionstrieb im Leben und in der Neurose*, *Fortschrit-teder Medizin*, 26: 577-584, poi in ADLER, A., FURTMÜLLER, C. (a cura di, 1914), *Heilen und Bilden: Ärztlich-pädagogische Arbeiten des Vereins für Individual-psychologie*, tr. it. *Il ruolo della pulsione aggressive nella vita e nella nevrosi*, in ADLER, A. *Guarire ed educare. Fondamenti di Psicologia Individuale per psicoterapeuti ed insegnanti*, Newton Compton, Roma 2007.
3. ADLER, A. (1912), *Über den nervösen Charakter*, tr. it. *Il temperamento nervoso*, Newton Compton, Roma.
4. ADLER, A. (1920), *Praxis und Theorie der Individualpsychologie*, tr. it. *Psicologia Individuale: Prassi e Teoria*, Newton Compton, Roma 2006.
5. AINSWORTH, M. D. (1969), *Patterns of Attachment: A Psychological Study of the Strange Situation*, Erlbaum, Hillsdale, NJ.
6. AINSWORTH, M. D. (1978), *Patterns of Attachment and Personality Deve-lopment*, tr. it. *Modelli di attaccamento e sviluppo della personalità*, Raffaello Corti-na, Milano 2006.
7. ALTMAN, N., STILE, J. M. (2019), *The Self: Cohesive and Fragmented, Elusive and Kaleidoscopic*. National Academy of Psychology (NAOP), India.
<https://doi.org/10.1007/s12646-019-00518-x>
8. ANSBACHER, H. L., ANSBACHER, R. R. (1956), *The Individual Psychology of Alfred Adler*, tr. it. *La Psicologia Individuale di Alfred Adler*, Martinelli, Firenze 1997.
9. BALLAROTTO, G., VOLPI, B., TAMBELLI, R. (2021), *Adolescent Attachment to Parents and Peers and the Use of Instagram: The Mediation Role of Psychopatho-logical Risk*, *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(8), pp. 3965.
10. BOWLBY, J. (1988), *A Secure Base: Parent-Child Attachment and Healthy Hu-man Development*, tr. it. *Una base sicura. Applicazioni cliniche della teoria dell'attac-camento*, Raffaello Cortina, Milano 1989.
11. FONAGY, P., TARGET, M. (1997), *Attachment and Reflective Function*, tr. it. *Attaccamento e Funzione Riflessiva*, Raffaello Cortina, Milano 2000.
12. FONAGY, P., TARGET, M., GERGELY, G., JURIST, E. L. (2002), *Affect Regu-lation, Mentalization and Development of the Self*, tr. it. *Regolazione affettiva, menta-lizzazione e sviluppo del sé*, Raffaello Cortina, Milano 2005.
13. FREEMAN, G., ZAMANIFARD, S., MALONEY, D., ADKINS, A. (2020), *My Body, My Avatar: How People Perceive Their Avatars in Social Virtual Reality*, in: *Extended Abstracts of the 2020 CHI Conference on Human Factors in Computing Systems*, 1-8. <https://doi.org/10.1145/3334480.3382923>

14. GALLESE, V., MIGONE, P., EAGLE, M. N. (2006), La simulazione incarnata: I neuroni specchio, le basi neurofisiologiche dell'intersoggettività ed alcune implicazioni per la psicoanalisi, *Psicoterapia e Scienze Umane*, 3.
15. GALLESE, V., SINIGAGLIA, C. (2011), *Neurofisiologia del sé. Un approccio alla simulazione incarnata*, Raffaello Cortina, Milano.
16. LANCINI, M., CIRILLO, L. (2013), Il trattamento delle dipendenze da internet in adolescenza, *Psichiatria e Psicoterapia*, Giovanni Fioriti, Roma.
17. MAIN, M., SOLOMON, J. (1990), Procedures for Identifying Infants as Disorganized/Disoriented during the Ainsworth Strange Situation, in GREENBERG, M. T., CICCETTI, D., CUMMINGS, E. M. *Attachment in the Preschool Years: Theory, Research and Intervention*, The University of Chicago Press, pp. 121-160.
18. MAIULLARI, F. (2021), Adler, una rivoluzione incompiuta, orientata in Italia in senso psicodinamico da Francesco Parenti (alcuni riferimenti ai disturbi ossessivo-compulsivi). Contributo alla storia della Individualpsicologia e della psicoterapia italiana, *Riv. Psicol. Indiv.*, 90: 73-90.
19. MANFREDI, A., GABBIADINI, A. (2025), Metaverso e mondi virtuali, quali prospettive di ricerca e intervento in ambito psicosociale? *In-Mind Italia*, 25.
<http://it.in-mind.org>. ISSN2240-2454
https://it.in-mind.org/sites/default/files/field/image/manfredi_versione_pdf.pdf
20. MEINS, E., FERNYHOUGH, C., FRADLEY, E., TUCHEY, M. (2001), The Relation between Mothers' Mirroring of Infants' Behavior and Maternal Mind-Mindedness, *Infant Behavior and Development*, 24(3), 301-305.
[https://doi.org/10.1016/S0163-6383\(02\)00082-1](https://doi.org/10.1016/S0163-6383(02)00082-1)
21. MONTEMORANO, C. (2020), Body Language: Avatars, Identity Formation, and Communicative Interaction in VRChat, *Student Research Submissions*, 361.
https://scholar.umw.edu/student_research/361
22. PORRAS-GARCIA, B., SERRANO-TRONCOSO, E., CARULLA-ROIG, M., SOTO-USERA, P., FERRER-GARCIA, M., FIGUERAS-PUIGDERRAJOLS, N., YILMAZ, L., ONUR SEN, Y., SHOJAEIAN, N., GUTIÉRREZ-MALDONADO, J. (2020), Virtual Reality Body Exposure Therapy for Anorexia Nervosa. A Case Report with Follow-Up Results, *Front. Psychol.* 11:956. doi:10.3389/fpsyg.2020.00956
23. RIVA, G. (2004), *Psicologia dei nuovi media*, Il Mulino, Milano.
24. RIZZOLATI, G., SINIGAGLIA, C. (2006), *So quel che fai. Il cervello che agisce e i neuroni specchio*, Raffaello Cortina, Milano.
25. ROGERS, C. R. (1979), *A Way of Being*, tr. it. *Un modo di essere*, Feltrinelli, Milano 2003.
26. SALA, C. E., BIGNAMINI, E. (2018), Dinamiche intrapsichiche e relazionali nel web: rotte di navigazione per adolescenti e adulti nel cyberspazio, *Riv. Psicol. Indiv.*, 83: 73-82.
27. SHARP, H., PICKLES, A., MEANEY, M., MARSHALL, K., TIBU, F., HILL, J. (2015), Mothers Who Are Securely Attached in Pregnancy Show More Attuned Infant Mirroring, *Infant Behavior and Development*, 40: 520-531.
<https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2014.12.005>

28. SHULMAN, B. H., MOSAK, H. H. (1988), *Manual for Life Style Assessment*, tr. it. *Manuale per l'analisi dello stile di vita*, Franco Angeli, Milano 2008.
29. THIBAUT, M., BUJIC', M. (2022), "Mirror Dwellers": Social VR, Identity and Internet Culture, *Conference: Digital Games Research Association (DiGRA 2022)*, Krakow, Poland. <http://dx.doi.org/10.26503/dl.v2022i1.1419>
30. TRIBERTI, S., DUROSINI, I., ASCHIERI, F., VILLANI, D., RIVA, G. (2017), Changing Avatars, Changing Selves? The Influence of Social and Contextual Expectations on Digital Rendition of Identity, *Cyberpsychol. Behav. Soc. Netw.* 20(8): 501-507. <http://doi: 10.1089/cyber.2016.0424>.
31. VAN DRIEL, I. I., POWELS, J. L., BEULLENS, K., VANDEN ABEELE, M. M. P. (2024), Social Media: A Digital Social Mirror for Identity Development During Adolescence, *Current Psychology*. <https://doi.org/10.1007/s12144-024-05980-z>
32. WALLIN, D. (2007), *Attachment in Psychotherapy*, tr. it. *Psicoterapia e teoria dell'attaccamento*, Raffaello Cortina, Milano 2009.
33. <https://lamentepensante.com/gamers-e-avatar/#:~:text=Questo%20rappresenta%20qualcosa%20di%20sostanzialmente,autostima%20o%20altre%20difficolt%C3%A0%20simili> [08/05/2025]
34. <https://www.stateofmind.it/2023/11/social-media-adolescenza/>
35. <https://www.stateofmind.it/2018/09/sviluppo-regolazione-emotiva-bambino/> [05/07/2025]
36. <https://www.stateofmind.it/narcisismo/> [06/07/2025]
37. <https://www.stateofmind.it/2023/11/social-media-adolescenza/> [05/07/2025].

Simone Magno
smagnopsy@gmail.com

Sofia Minni
minni.sophie@gmail.com

Giorgia Favero
giorgiafavero.psi@gmail.com

Francesca Abate
abate.francesca10@gmail.com

Alice Bacci
alicebacci93@gmail.com

Le Macchie di Rorschach, specchi dell'inconscio

SILVIA RONDI

con FEDERICA ASSINI, GRETA BISSOLOTTI, LETIZIA FOGLIATA

Summary – THE RORSCHACH INKBLOTS, MIRRORS OF THE UNCONSCIOUS. Conceived in 1921, the Rorschach can be regarded as an apperception test for the analysis of an individual's lifestyle, enabling an exploration of the quality and nature of their perception of reality and the ways in which they relate to it. The inkblot plates are designed to elicit responses that reveal the functioning of thought, and their ambiguity allows for an examination of the subject's ability to organise visual stimuli and attribute coherent meanings. Responses may vary significantly depending on cultural factors, personal experiences, and emotional states. Much like distorting mirrors, the ten figures provide a non-linear reflection of a person's psyche by highlighting emotions and thoughts that might remain hidden in more systematic tests. Their evocative qualities prompt associations that can uncover internal struggles and unconscious processes.

Keywords: RORSCHACH TEST, INKBLOT TEST, PSYCHODIAGNOSIS, ASSESSMENT, STYLE OF LIFE, MIRROR, UNCONSCIOUS, PROJECTIVE METHODS

Abstract – LE MACCHIE DI RORSCHACH, SPECCHI DELL'INCONSCIO. Ideato nel 1921, il Rorschach può essere considerato un test di appercezione per l'analisi dello stile di vita dell'individuo, con il quale indagare la qualità, la natura della visione della realtà e le modalità attraverso le quali il soggetto si rapporta ad essa. Le tavole sono progettate per evocare risposte che rivelano il funzionamento del pensiero e la loro ambiguità permette di esplorare la capacità del soggetto di organizzare stimoli visivi e attribuire significati coerenti, con risposte che possono variare significativamente in base a fattori culturali, esperienze personali e stati emotivi. Come specchi deformanti, le dieci figure riflettono quindi la psiche del soggetto in modo non lineare, amplificando aspetti emotivi e cognitivi che potrebbero non emergere in test più strutturati: grazie al valore fortemente evocativo, esse stimolano associazioni rivelatrici di conflitti interni e dinamiche inconse.

Parole chiave: TEST DI RORSCHACH, MACCHIE DI INCHIOSTRO, VALUTAZIONE, STILE DI VITA, SPECCHIO, INCONSCIO, METODI PROIETTIVI

I. Il test di Rorschach come specchio dello stile di vita: una lettura adleriana dell'inconscio

Ideato nel 1921 da Hermann Rorschach, l'omonimo test si configura come uno strumento proiettivo capace di evocare risposte che riflettono la struttura profonda della personalità. Nella prospettiva adleriana, tale struttura è organizzata attorno al concetto di "Stile di Vita", inteso come la modalità unica e irripetibile con cui l'individuo si rapporta al mondo, interpreta le esperienze, costruisce relazioni e persegue il proprio senso di appartenenza e significato.

Il Rorschach, in quanto test di appercezione, non misura tratti isolati, ma rivela la qualità e la natura della visione della realtà del soggetto. Le tavole, volutamente ambigue e simmetriche, sollecitano una risposta che non è mai neutra: ogni interpretazione è una narrazione, una scelta, una proiezione del modo in cui il soggetto organizza il mondo e si colloca al suo interno. In questo senso, il test diventa uno specchio dello stile di vita, una lente attraverso cui osservare la coerenza interna tra percezione, emozione e azione.

II. Lo stile di vita come matrice interpretativa

Secondo Adler, lo stile di vita si forma precocemente e rappresenta una sintesi dinamica tra fattori costituzionali, esperienze infantili e finalità soggettive. È una struttura teleologica, orientata verso un obiettivo di significato e appartenenza, che guida l'individuo nel suo modo di pensare, sentire e agire.

Il Rorschach, nel suo funzionamento, permette di cogliere questa struttura attraverso l'analisi delle risposte: la scelta del contenuto, la modalità di elaborazione dello stimolo, la tendenza alla cooperazione o alla competizione, la presenza di conflitti interni, tutto concorre a delineare il profilo dello stile di vita. Ad esempio, un soggetto che interpreta le tavole in modo rigido e stereotipato può esprimere uno stile di vita difensivo, orientato al controllo e alla prevedibilità.

Al contrario, risposte fluide, creative e simboliche possono indicare uno stile di vita aperto, esplorativo, con una maggiore tolleranza all'ambiguità. La presenza di contenuti relazionali, la qualità dell'empatia proiettata, la tendenza a vedere figure umane o animali in interazione, l'attitudine attiva o passiva delle cinestesie, sono indicatori preziosi della modalità con cui il soggetto costruisce i propri legami socioaffettivi.

III. *Il Rorschach come strumento di lettura degli schemi di appercezione*

Nella lettura adleriana, il Rorschach non è solo uno specchio deformante dell'inconscio, ma un rivelatore degli schemi di appercezione che sottendono il comportamento. Esso può infatti essere definito come un “*test di appercezione*”.

Ogni risposta è una finestra sul mondo interno, una traccia del modo in cui il soggetto attribuisce senso agli eventi e costruisce la propria narrazione esistenziale. Le tavole, nella loro ambiguità, funzionano come stimoli evocativi che mettono in moto il sistema interpretativo del soggetto, rivelando le sue convinzioni fondamentali, le sue mete personali e le sue strategie di adattamento.

La lettura delle risposte permette di cogliere la coerenza interna dello stile di vita, la presenza di conflitti tra mete cosce e inconscie, la qualità dell'investimento affettivo e la capacità di mentalizzazione. In particolare, l'analisi della complessualità delle risposte, dei contenuti tematici, la presenza di risposte Volgari e la loro natura, sono tutti elementi che concorrono a valutare il grado di adesione alla realtà consensuale, la tendenza all'originalità o alla conformità, e la qualità dell'integrazione tra Sé e mondo.

IV. *Dalla percezione alla costruzione del Sé: una prospettiva adleriana*

Il Rorschach, nella sua funzione evocativa, sollecita il soggetto a costruire un significato a partire da uno stimolo visivo ambiguo. Questo processo è profondamente adleriano: l'individuo non reagisce passivamente agli stimoli, ma li interpreta in base al proprio stile di vita, alle proprie mete e al proprio bisogno di appartenenza.

Come scriveva Adler, “ogni comportamento umano è comprensibile solo se visto come parte di un piano per raggiungere un obiettivo” [3]. Le risposte al Rorschach sono quindi atti intenzionali, espressioni di un progetto di vita, manifestazioni di una tensione verso la realizzazione del Sé. La varietà cromatica delle tavole, la simmetria delle forme, la possibilità di vedere movimento o staticità, tutto concorre a sollecitare il sistema percettivo e simbolico del soggetto.

Le risposte tematiche riflettono esperienze personali, schemi appercettivi profondamente radicati, fantasie inconscie e finzioni fondamentali. In questo senso, il Rorschach diventa uno strumento privilegiato per esplorare la dimensione narrativa e simbolica dello stile di vita, offrendo al clinico una mappa ricca e articolata della psiche del soggetto.

V. Quantificare la distorsione della lente appercettiva

All'interno della cornice teorica adleriana, che privilegia una lettura dinamica e finalistica dello stile di vita, il contributo del Metodo Italiano, noto anche come Metodo Rizzo o Scuola Romana Rorschach, si rivela di fondamentale importanza per integrare la dimensione qualitativa con una solida base quantitativa e statistica.

Questo approccio, sviluppato a partire dagli anni '50 da Cesare Musatti, Giancarlo Rizzo e altri esponenti della scuola psicodiagnostica italiana, consente di oggettivare aspetti cruciali del funzionamento psichico attraverso indici numerici che, pur non riducendo la complessità del soggetto, ne permettono una collocazione clinica più precisa.

In particolare, la valutazione della qualità del pensiero attraverso indicatori come R+ (numero di risposte adeguate) e F+% (percentuale di forme ben strutturate) offre una misura della coerenza logica, della capacità di sintesi e dell'aderenza alla realtà percettiva. L'indice di realtà, calcolato anche in base alla presenza delle risposte Volgari attese alle tavole III, V, VIII e X, consente di valutare la tenuta del principio di realtà e la capacità del soggetto di riconoscere configurazioni condivise, elemento cruciale per discriminare tra strutture nevrotiche, borderline e psicotiche. Il modo di comprensione (G/D/Dd/Dim), con le sue varianti intermedie, riflette la capacità di cogliere la totalità senza perdere il dettaglio, rivelando il grado di flessibilità cognitiva, l'attenzione al concreto e la qualità del pensiero critico.

La presenza o assenza di figure umane intere, non parcellizzate né devitalizzate, rappresenta un indicatore sensibile della qualità delle relazioni oggettuali e dell'integrità dell'immagine di sé e dell'altro. Infine, la distribuzione delle manifestazioni particolari nei tre livelli (I, II, III) consente di valutare la profondità e la gravità delle alterazioni percettive e simboliche, collocando il soggetto lungo un continuum psicopatologico che va dalla nevrosi strutturata alla psicosi franca.

Tali parametri, letti in chiave dinamica e contestualizzati nello stile di vita individuale, forniscono preziose indicazioni diagnostiche e prognostiche, in particolare rispetto alla fragilità del Sé e alla possibilità di evoluzione del quadro clinico.

VI. Casi clinici: la Tavola I come elemento di presentazione del Sé

La Tavola I del test di Rorschach riveste una funzione preliminare ma cruciale nell'architettura del protocollo proiettivo: essa costituisce, per così dire, il "profilo d'ingresso" del soggetto, una sorta di biglietto da visita psichico attraverso cui si manifesta, in forma ancora non filtrata da processi difensivi strutturati, la modalità primaria di approccio alla realtà.

In quanto primo stimolo visivo incontrato, la Tavola I attiva risposte che tendono a riflettere nuclei centrali del Sé, configurazioni percettive e simboliche che emergono con spontaneità e immediatezza, rivelando la qualità dell'assetto cognitivo-affettivo e la disposizione relazionale del soggetto.

L'analisi semantica e simbolica delle risposte fornite a questa tavola, condotta su una serie di casi clinici, ha permesso di evidenziare come tali contenuti si articolino coerentemente con lo stile di vita individuale, così come emerso nel corso del percorso psicoterapeutico.

In particolare, si è osservato come le immagini evocate, le strutture narrative implicite e le scelte interpretative riflettano il sistema di significati soggettivi, le convinzioni fondamentali e le mete personali che orientano il comportamento, confermando la funzione del Rorschach - e della Tavola I in particolare - quale strumento privilegiato per l'esplorazione profonda della matrice simbolica dello stile di vita adleriano. Ci soffermeremo in particolare su un solo caso clinico, al fine di evitarne una eccessiva banalizzazione dettata da esigenze di spazio.

VII. 1. *Il caso di Ana*

Premesse e descrizione del caso clinico

Ana è una paziente di 30 anni che giunge all'osservazione clinica in seguito a un blocco evolutivo che le impedisce di raggiungere traguardi significativi nella vita, nonostante le sue capacità cognitive e la dedizione allo studio. Presenta sintomi intrusivi, iper-arousal con reazioni di evitamento, distacco relazionale e rabbia autodiretta.

Il quadro sintomatologico è compatibile con una condizione post-traumatica complessa, radicata in una storia evolutiva segnata da ripetuti traumi interpersonali agiti intenzionalmente. Ultima di quattro figli, la paziente è cresciuta in un contesto familiare difficile: figlia inattesa e non voluta, ha vissuto con un padre violento e alcolista, mentre la madre si è trasferita in Italia per lavorare insieme ai figli più grandi, lasciandola a Kiev all'età di sei anni.

Il ricongiungimento familiare avverrà solo in adolescenza. Il trauma recente - la denuncia del padre per violenze, con conseguente e temporaneo allontanamento e riprovazione materna, verificatasi durante la tarda adolescenza quando il nucleo familiare si era da qualche tempo ricongiunto in Italia - rappresenta l'epilogo di una sequenza traumatica che ha minato profondamente il senso di appartenenza e la coerenza identitaria. La paziente riferisce di non riuscire a descrivere in modo coerente gli anni dell'infanzia, che appaiono come "zone grigie", prive di connessioni narrative.

Il linguaggio utilizzato nei colloqui è fortemente metaforico: Ana parla della sua mente come composta da “isole lontane prive di ponti”, esprimendo una percezione frammentata del Sé e una difficoltà nella costruzione di significato. Il senso di non avere spazio nel mondo (*“Sono qui, su questo divano, ma forse qualcun altro avrebbe più diritto a sedervisi”*) riflette una convinzione inconscia di indegnità e di esclusione, che orienta lo stile di vita in senso adleriano verso una compensazione fragile e solitaria.

Primi ricordi

I primi ricordi riportati dalla paziente confermano la matrice traumatica e la struttura compensativa del suo stile di vita. Ana si rivede bambina, sola di fronte a una grande libreria piena di libri: un'immagine potente che racchiude il nucleo della sua strategia di sopravvivenza — la cultura come rifugio, lo studio come compensazione, la solitudine come condizione esistenziale. Il rifiuto dell'asilo, il desiderio di autonomia, la preferenza per il verde e l'aria aperta indicano una precoce tensione verso l'autodeterminazione e il rifiuto delle imposizioni esterne.

Il ricordo dell'altalena, dove non reclamava mai il proprio turno, esprime una modalità relazionale passiva, fondata sull'adattamento e sulla rinuncia. Il conflitto con una coetanea aggressiva, gestito senza chiedere aiuto, rivela una precoce tendenza all'auto-protezione e alla chiusura. Il momento in cui la madre annuncia la partenza per l'Italia è vissuto con grande tristezza, seguito da un ricovero ospedaliero in cui solo la sorella maggiore le è vicina: quest'ultima diventa figura di riferimento affettivo, in un contesto familiare altrimenti carente e disorganizzato.

Questi ricordi delineano uno stile di vita orientato alla solitudine, alla compensazione intellettuale e alla rinuncia relazionale, con una profonda ferita nel senso di appartenenza e nel diritto alla protezione.

Risposte alla Tavola I del test di Rorschach

- *“Una macchia grigia abbastanza indefinita... non piacevole”*
- *“Nella parte sotto dei nuvoloni”*
- *“Sopra, il becco di un animale... è abbastanza macabra.
Mi trasmette una sensazione lugubre di abbandono e di decadenza”*
- *“Scheletro del corpo umano. È macabra”*

La sequenza percettiva è dominata da tonalità grigie, immagini devitalizzate e contenuti lugubri. La macchia è percepita come indefinita, non piacevole, priva di forma e significato. I “nuvoloni” evocano una condizione atmosferica pesante, opprimente.

Il “becco” e lo “scheletro” introducono elementi anatomici e animali, ma in forma frammentata e disturbante.

La sensazione di abbandono e decadenza è esplicitamente verbalizzata, indicando una proiezione diretta del vissuto interno sullo stimolo. Le immagini non sono scisse né contrapposte, ma devitalizzate, prive di energia psichica, segnate da una tonalità depressiva e da una compromissione della funzione sintetica. La risposta “scheletro” è da intendersi come manifestazione di devitalizzazione. La Spaltung emergerà invece alla Tavola VIII, dove la frammentazione interna si articola in forma più strutturata.

Linee interpretative

La lettura integrata del caso, dei primi ricordi e delle risposte alla Tavola I del Rorschach permette di delineare un quadro clinico coerente con una condizione post-traumatica complessa, in cui il Sé è frammentato, il senso di appartenenza compromesso e lo stile di vita orientato alla compensazione solitaria. In chiave adleriana, la paziente ha costruito una strategia di sopravvivenza fondata sulla cultura e sull'autonomia, ma il trauma recente ha intaccato questa linea di compensazione, generando una crisi profonda.

La Tavola I ha funzionato come uno specchio deformante, amplificando i nuclei depressivi e devitalizzati del Sé. Le immagini grigie, macabre, prive di vitalità, riflettono la percezione del mondo come luogo ostile e la difficoltà nel costruire significato. Il linguaggio metaforico utilizzato nei colloqui — isole senza ponti, spazio rubato — trova corrispondenza simbolica nelle risposte al test, confermando la coerenza interna tra vissuto, memoria e proiezione.

Il Rorschach, in questo caso, si rivela uno strumento prezioso per esplorare la struttura profonda dello stile di vita, la qualità del pensiero, la tenuta del principio di realtà e la natura della sofferenza psichica.

L'integrazione tra dati clinici, narrativi e proiettivi consente di orientare l'intervento terapeutico verso la ricostruzione del Sé, la riattivazione delle risorse simboliche e la restituzione del diritto alla parola e allo spazio.

Bibliografia

1. ADLER, A. (1907), *Über Minderwertigkeit und psychischen Ausgleich*, tr. it. *Inferiorità e compenso psichico: un contributo alla medicina clinica*, Mimesis, Milano-Udine 2013.
2. ADLER, A. (1912), *Über den nervösen Charakter*, tr. it. *Il carattere dei nevrotici: compendio di psicologia individuale e di psicoterapia*, Newton Compton, Roma 2008.
3. ADLER, A. (1920), *Individualpsychologie: Theorie und Praxis*, tr. it. *La Psicologia Individuale: prassi e teoria*, Newton Compton, Roma 2006.

4. ADLER, A. (1927), *Die Wissenschaft vom Leben*, tr. it. *La scienza del vivere*, Edizioni Universitarie Romane, Roma 2012.
5. ADLER, A. (1931), *Was das Leben für Sie bedeutet*, tr. it. *Cosa la vita dovrebbe significare per voi*, Newton Compton, Roma 1976.
6. ANSBACHER, H. L., ANSBACHER, R. R. (1956), *The Individual Psychology of Alfred Adler*, tr. it. *La psicologia individuale di Alfred Adler*, Martinelli, Firenze 1997.
7. ANSBACHER, H. L., ANSBACHER, R. R. (1964), *Superiority and Social Interest*, tr. it. *Aspirazione alla superiorità e sentimento comunitario*, Edizioni Universitarie Romane, Roma 2008.
8. CARAVELLI, T., CICIONI, R. (2015), *La somministrazione del test di Rorschach: Metodo Scuola Romana Rorschach*, I.R.F., Roma.
9. CICIONI, R. (2012), *Lo psicogramma Rorschach: Metodo Scuola Romana Rorschach*, I.R.F., Roma.
10. CICIONI, R. (2013), *La siglatura del test di Rorschach: Metodo Scuola Romana Rorschach*, I.R.F., Roma.
11. CICIONI, R. (2020), *Il test di Rorschach. Manuale di raccolta, siglatura e diagnosi*, Edizioni Kappa, Roma.
12. CICIONI, R., CARAVELLI, T. (2024), *Rorschach e quesiti forensi*, Edizioni Kappa, Roma.
13. ELLENBERGER, H. F. (1970), *The Discovery of the Unconscious*, tr. it. *La scoperta dell'inconscio. Storia della psichiatria dinamica*, Boringhieri, Torino 1976.
14. FREILONE, F. (2010), *La personalità borderline al test di Rorschach*, UTET Università, Milano.
15. GASCA, G., CAROLA, P. T. (2018), *La schizofrenia nel test di Rorschach. Un'analisi di 124 protocolli*, Franco Angeli, Milano.
16. LOOSLI-USTERI, M. (1972), *Manuale pratico del test di Rorschach*, OS, Firenze.
17. PARENTI, F., e COLL. (1989), *Alfred Adler. Antologia ragionata*, Istituto Alfred Adler di Milano-Raffaello Cortina, Milano.
18. PASSI TOGNAZZO, D. (1998), *Il metodo Rorschach*, Giunti Psychometrics, Firenze.
19. RORSCHACH, H. (1921), *Psychodiagnostik*, tr. it. *Psicodiagnostica. Metodologia e risultati di un esperimento diagnostico basato sulla percezione*, Edizioni Kappa, Roma 2018.

Silvia Rondi
rondi.silvia@gmail.com

Federica Assini
federicaassini@libero.it

Greta Bissolotti
greta.bissolotti@gmail.com

Letizia Fogliata
letiziafogliata@gmail.com

Lo Specchio e lo Stigma nelle Obesità Patologiche

GIUSEPPE MARIA ROVERA

Summary – THE MIRROR AND THE STIGMA IN MORBID OBESITY. Weight stigma (or weight bias) refers to negative attitudes and beliefs about weight that are expressed in the form of stereotypes, prejudices, and discrimination against people because of their overweight or obesity. Family members are cited as the main sources of stigma. The concept of body image is therefore not limited to the synonym of appearance but represents the integration of multiple psychic experiences. In obese patients, the distortion of these components revolves around aspects of dissatisfaction, affective reactions, avoidance behaviors, cognitive and perceptual alterations in one's body image. The poor correlation between body dissatisfaction and BMI highlights the importance of perceptual and emotional components in determining body image quality. Forty-eight female patients with grade III obesity were studied: with body mass index (BMI) 45, weight kg 141. Evaluation prior to bariatric surgery (T0) was performed using the Body Uneasiness Test (BUT). Patients were followed and evaluated 1 year after bariatric surgery (T1) and 2 years after surgery (T2). After 1 year (T1) weight loss was 31% (-43 kg from initial weight) but there persisted dissatisfaction and discomfort with one's body attributable to an incomplete modification of the emotional component of body image. After 2 years (T2) there was a maintenance of weight loss with a further slight decrease for a total of 34% (-47.9 kg from initial weight) with an improvement in body dissatisfaction and self-esteem. In our study, severely obese patients achieved, with modifications (eating style, therapeutic style, lifestyle), first an improvement in their body and subsequently an improvement in their corporeality.

Keywords: TREATMENT, PATH, DISEASE OBESITY, WEIGHT STIGMA, ALTERATIONS IN ONE'S BODY IMAGE

Abstract – LO SPECCHIO E LO STIGMA NELLE OBESITÀ PATOLOGICHE. Lo stigma sul peso (weight stigma o weight bias) fa riferimento ad atteggiamenti e credenze negative sul peso che sono espressi in forma di stereotipi, pregiudizi e discriminazione nei confronti di persone a causa del loro sovrappeso od obesità. I familiari sono indicati come le principali fonti di stigma. Il concetto di immagine corporea non si limita quindi al sinonimo di apparenza, ma rappresenta l'integrazione di molteplici esperienze psichiche. Nei pazienti obesi la distorsione di queste componenti ruota intorno ad aspetti di insoddisfazione, reazioni affettive, comportamenti di evitamento, alterazioni cognitive e percettive della propria immagine corporea. La scarsa correlazione tra insoddisfazione corporea e BMI sottolinea l'importanza delle componenti percettiva ed emotiva nel determinare la qualità dell'immagine corporea. Sono stati studiati 48 pazienti di sesso femminile affetti da obesità III grado: con body mass index (BMI) 45, peso kg 141.

La valutazione precedente ad intervento di chirurgia bariatrica (T0) è stata effettuata utilizzando il test Body Uneasiness Test (BUT). Le pazienti sono state seguite e valutate dopo 1 anno dalla chirurgia bariatrica (T1) e dopo 2 anni dall'intervento (T2). Dopo 1 anno (T1) la perdita di peso è stata del 31% (-43 kg da peso iniziale) ma persisteva l'insoddisfazione e il disagio per il proprio corpo attribuibili ad un'incompleta modifica della componente emotiva dell'immagine corporea. Dopo 2 anni (T2) vi è stato un mantenimento della perdita del peso con un ulteriore lieve calo per un totale del 34% (-47.9 kg da peso iniziale) con un miglioramento d'insoddisfazione corporea e dell'autostima. Nel nostro studio le pazienti affette da obesità grave raggiungono con modifiche (stile alimentare, stile terapeutico, stile di vita) prima un miglioramento del corpo e successivamente un miglioramento della corporeità.

Parole chiave: PERCORSO DI CURA, MALATTIA, OBESITÀ, STIGMATIZZAZIONE, ALTERAZIONI DELLA PROPRIA IMMAGINE CORPorea

Il modello di cura multidisciplinare di lunga durata prevede strategie terapeutiche di incoraggiamento Adleriano, la terapia dietetica, i cambiamenti dello stile di vita, la psicoterapia e la terapia comportamentale, la farmacoterapia e la chirurgia bariatrica [5]. Le pazienti affette da obesità grave raggiungono modifiche nelle abitudini alimentari, nella terapia farmacologica, nello stile di vita con un miglioramento del peso corporeo dopo 1 anno e un miglioramento della corporeità dopo 2 anni.

I. Materiali e Metodi

Casistica

Nell'anno solare 2022 sono stati avviati nel nostro programma 891 pazienti (età >18 aa). Il criterio di arruolamento era la presenza di un BMI >40 oppure BMI >35 associato ad uno o più fattori di rischio per malattia cardiovascolare e/o metaboliche oppure una qualità di vita fortemente ridotta [2].

I pazienti provenivano da tutte le Regioni di Italia inviate sia dal loro MMG (medico di medicina generale) oppure da specialisti di altre strutture ospedaliere che non avevano programmi specifici per l'obesità.

I pazienti sottoposti ad intervento bariatrico di Sleeve Gastrectomy al San Luca sono stati 97 pazienti (64 femmine e 33 maschi), secondo le linee guida della SICOB (Società Italiana di Chirurgia della Obesità).

I soggetti di sesso maschile (n=33 pazienti) sono stati esclusi dal nostro studio, i soggetti di sesso femminile (n=64 pazienti) sono stati osservati con follow up di 2 anni.

Setting

La clinica San Luca è una struttura ospedaliera con 100 posti letto: 18 posti letto sono riservati a pazienti con grave obesità. L'ospedale è situato nella provincia di Torino nel Nord Italia.

Programma multidisciplinare “Sette gradini”

Il programma è stato attivato nel 2005 ed è completamente a carico del SSN.

Lo scopo è di promuovere il miglioramento della qualità di vita, di ridurre la morbidità e la mortalità correlate all'obesità attraverso la perdita di peso.

Il nucleo centrale di questo modello a sette gradini multidisciplinari è di sostenere i pazienti nel lungo termine, dando loro un *feedback* positivo e riducendo il tasso di abbandono (drop out) dovuto agli scarsi risultati percepiti o ottenuti.

La metodologia del nostro programma di trattamento è in accordo con le linee guida attuali: prevede il coinvolgimento del Medico Medicina Generale MMG e poi un approccio da parte di un team multidisciplinare composto da medici, dietologi, endocrinologi, psichiatri, cardiologi, chirurghi bariatrici, chirurghi plastici. Inoltre, psicologi, nutrizionisti, dietisti, infermieri ed educatori aiutano nella valutazione progressiva del paziente e nel follow up.

Study design

Per valutare la presenza di una possibile percezione distorta del corpo esistono diversi strumenti come i test psicologici utilizzati dai professionisti della salute mentale, che possono essere utili a formulare una diagnosi corretta e, dunque, far intraprendere il percorso di cura più adatto alla persona.

Tra i test più utilizzati troviamo il “*Body Uneasiness Test*” (BUT) [1] che “misura la fobia del peso, le preoccupazioni per l'immagine corporea, l'evitamento, l'automonitoraggio compulsivo, il distacco e i sentimenti di estraniamento verso il proprio corpo (depersonalizzazione) ed esamina le preoccupazioni specifiche su particolari parti o funzioni del corpo” [3].

II. Risultati

Al momento dell'intervento chirurgico eseguito nel 2023 l'età media è di 46 anni, il BMI medio è di 45 e il peso medio di 141 kg. Sono stati studiati 48 pazienti di sesso femminile affetti da obesità di III grado e sottoposte ad intervento bariatrico di Sleeve Gastrectomy. La valutazione precedente ad intervento di chirurgia bariatrica (T0) è stata effettuata utilizzando il test Body Uneasiness Test (BUT).

Le pazienti sono state seguite e valutate dopo 1 anno dalla chirurgia bariatrica (T1) e dopo 2 anni dall'intervento (T2). Dopo 1 anno (T1) la perdita di peso è stata del 31% (-43 Kg da peso iniziale) ma persisteva l'insoddisfazione e il disagio per il proprio corpo attribuibili ad un'incompleta modifica della componente emotiva dell'immagine corporea. Dopo 2 anni (T2) vi è stato un mantenimento della perdita del peso con un ulteriore lieve calo per un totale del 34% (-47.9 kg da peso iniziale) con un miglioramento dell'insoddisfazione corporea e dell'autostima.

III. *Discussione*

La grave obesità è una malattia complessa, associata ad elevati tassi di morbidità e mortalità.

La chirurgia bariatrica è tuttora considerata l'approccio più efficace per una perdita di peso sostanziale e duratura nei soggetti affetti da questa condizione. La perdita del peso ottenuta con il nostro percorso di cura è associata ad un miglioramento delle patologie correlate all'obesità, alla riduzione della terapia farmacologica e dei costi sanitari.

Dopo la chirurgia bariatrica, è frequente vivere una distorsione dell'immagine del sé, i pazienti si percepiscono ancora obesi anche se hanno ottenuto un calo ponderale >del 30%. Questo fenomeno legato all'integrazione incompleta tra psiche e soma può portare a sentimenti di estraneità, insoddisfazione corporea, o addirittura paura di dimagrire.

Il peso in eccesso potrebbe avere la funzione di scudo protettivo, e richiede un processo di elaborazione emotiva e rieducazione corporea.

L'équipe curante multidisciplinare supporta sia il cambiamento fisico sia quello psichico.

Le cause della distorsione dell'immagine corporea possono essere:

- a) Persistenza dello schema mentale: Il paziente continua a vedersi come obeso perché è l'immagine che ha introiettato per anni.
- b) Paura dell'intimità e del cambiamento: Il peso in eccesso può essere una barriera protettiva, e perdere peso può riattivare paure emotive.
- c) Mancanza di integrazione psiche-soma: La perdita di peso fisica non sempre si traduce in un'accettazione emotiva e percettiva del nuovo corpo.
- d) Fattori esterni: Cicatrici, pelle in eccesso possono influenzare negativamente l'immagine, nonostante la perdita di peso.

Per affrontare il cambiamento il supporto psicologico-psichiatrico è fondamentale per elaborare le emozioni e i comportamenti legati al cibo e al nuovo corpo [6].

La rieducazione corporea insegna come imparare a percepire e utilizzare il nuovo corpo nelle relazioni e nella vita quotidiana. Il percorso medico-bariatrico che porta a cali ponderali > 30% richiede tempo per integrare i cambiamenti fisici con la propria identità. Inoltre, lo stigma persistente cioè individui precedentemente obesi che possono continuare a sentirsi stigmatizzati anche dopo aver perso peso [4].

Il sistema emotivo, vissuto come distacco emotivo, può non adattarsi rapidamente al nuovo stato fisico, richiedendo un tempo di anni per adattarsi ai cambiamenti. La psichiatria di liaison è l'area di applicazione della psichiatria che si occupa dei pazienti con disagio psichico presso i contesti di cura non specialistici psichiatrici, esempio il Reparto di Medicina Generale nella nostra struttura ospedaliera. La psichiatria di liaison si propone come interfaccia tra la psichiatria e le altre discipline mediche, con un intento trasversale di realizzazione clinica del paradigma bio-psico-sociale [7].

IV. Conclusioni

Lo stigma sul peso (weight stigma o weight bias) fa riferimento ad atteggiamenti sul peso che sono espressi in forma di stereotipi, pregiudizi e discriminazioni culturali nei confronti di persone a causa del loro sovrappeso od obesità. I familiari sono riferibili come le principali fonti di stigma.

L'immagine dello schema corporeo e l'immagine del sé non si limitano quindi al sinonimo di apparenza, ma rappresentano una distonia emotiva di prevedibili e indesiderabili condizioni di vita.

Nei pazienti obesi la distorsione di queste componenti ruota intorno ad aspetti di insoddisfazione, reazioni affettive, comportamenti di evitamento, alterazioni cognitive e percettive della propria immagine corporea. La sequela della consultazione medica si è correlata tra il trattamento medico, quello dello psicologo clinico con un sostegno di psicoterapia dinamica con un incoraggiamento Adleriano ai pazienti con la malattia obesità.

Bibliografia e Sitografia

1. CUZZOLARO, M., VETRONE, G., MARANO, G., GARFINKEL, P. E. (2006), The Body Uneasiness Test (BUT): Development and Validation of a New Body Image Assessment Scale, *Eat Weight Disord.* <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16801740>
2. DONINI, L. M., CUZZOLARO, M., SPERA, G., BADIALI, M., BASSO, N., BOLLEA, M. R., BOSELLO, O., BRUNANI, A., BUSETTO, L., CAIRELLA, G., CANNELLA, C., CAPODAGLIO, P., CARBONELLI, M. G., CASTELLANETA, E., CASTRA, R., CLINI, E., CONTALDO, F., DALLARAGIONE, L., DALLE GRAVE, R., D'ANDREA, F., DEL BALZO, V., DE CRISTOFARO, P., DI FLAVIANO, E., FASSINO, S., FERRO, A. M., FORESTIERI, P., FRANZONI, E., GENTILE, M. G., GIUSTINI, A., JACOANGELI, F., LUBRANO, C., LUCCHIN, L., MANARA, F., MARANGI, G., MARCELLI, M., MARCHESINI, G., MARRI, G., MARROCCO, W., MELCHIONDA, N., MEZZANI, B., MIGLIACCIO, P., MURATORI, F., NIZZOLI, U., OSTUZZI, R., PANZOLATO, G., PASANISI, F., PERSICHETTI, P., PETRONI, M. L., PONTIERI, V., PROSPERI, E., RENNA, C., ROVERA, G., SANTINI, F., SARACENI, V., SAVINA, C., SCUDERI, N., SILECCHIA, G., STROLLO, F., TODISCO, P., TUBILI, C., UGOLINI, G., ZAMBONI, M. (2010), Obesity and Eating Disorders. Indications for the different levels of care. An Italian Expert Consensus Document, *Eat Weight Disorder*, Mar-Jun;15 (1-2 Suppl):1-31.
3. HAI-LUN, CHAO (2015), *Body Image Change in Obese and Overweight Persons Enrolled in Weight Loss Intervention Programs: A Systematic Review and Meta-Analysis Published*, May 6, <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0124036>
4. PUHL, R. M., BROWNELL, K. D. (2006), Confronting and Coping with Weight Stigma: An Investigation of Overweight and Obese Adults, *Obesity*, 14: 1802 -1815.
5. ROVERA, G. M., SENAPESCHI GARITA, F., MAFFEIS, P., LABATE, M., GENOVESE, P., FERRARI, D., CATTANEO, C., ROGGI, C., TURCONI, G., HELLAS, C. (2012), The “7 Steps Multidisciplinary Program”. Approach to Morbidity Obese Patients: an Italian Experience, *Current Nutrition & Food Science*, 8: 311-319.
6. ROVERA, G. G., ROVERA, G. M., ASCOLI, M., BARTOCCI, G. (2020), Delusions and Cultures. Psychopathological and Clinical Notes on Cultural Delusion, *World Cultural Psychiatry Research Review*, 15 (1/2): 35-46.
7. RUNDELL, J. R., MICHAEL, G., WISE, M. G. (1996), *Textbook of Consultation-Liaison Psychiatry*, tr. it. *La psichiatria nella pratica medica*, Cap. 24: 517-530, CSM, Torino 1999.

Genesi degli specchi

MATTIA SALAMONE, PIERO CHERASCO

Summary – THE GENESIS OF THE MIRRORS. The poster explores the metaphor of mirrors and their concrete, fictional, metaphorical and identificatory aspects as practical tools in the development of the construction of self. Not only have these reflections fascinated psychology theorists over the years, but they have also appealed to the wider culture in general, particularly with reference to experiences of growth and the real and imaginative events that involve the psyche during the development and structuring of personality. Particularly indicative is the game of mirrors in narcissists between irrepressible need and fear of what is reflected. With their practically ever-present distortions of the thought continuum, the psychotic patient projects their alter-actions, breaks, fears and alternate presences caused by mental delirium onto their metaphorical mirror. It follows that this syndromic set is reflected back with an identical expression, keeping them imprisoned within the circle of the pathology. This situation is at the base of the constant reiteration process of the pathological condition, which inevitably results in the chronicity of functional disorders. This state of affairs is also responsible for progressive cognitive damage, which nearly always accompanies these conditions of the disease. In fact, the persistence of the disorders produced by untreated deindividuation anxieties and by the associated bewilderment may only be overcome by seeking an awareness of the disease. This research breaks the pathological circularity with the essential tools provided by psychotherapeutic and psychopharmacological pathways, which have the task of joining the fractures in the interior mirror.

Keywords: FICTION, METAPHOR, PERSONALITY, STRUCTURING OF SELF

Abstract – GENESI DEGLI SPECCHI. Il poster esplora la metafora degli specchi nei loro aspetti concreti, finzionali, metaforici e identificativi come strumenti di uso nello sviluppo della costruzione del Sé. Nel tempo, queste riflessioni hanno affascinato non solo teorici delle psicologie, ma la cultura in generale, soprattutto in riferimento alle esperienze di crescita e delle avventure immaginifiche e reali che coinvolgono la psiche nei percorsi di sviluppo e di strutturazione della personalità.

Parole chiave: FINZIONE, METAFORA, PERSONALITÀ, STRUTTURAZIONE DEL SÉ

Il processo di identificazione è centrale nello sviluppo del bambino. Adler identifica lo stadio di maturazione identitaria nel percorso che peculiarmente accompagna il bambino nella sua crescita dagli 0 ai 5/6 anni, quando diventa anche capace di riconoscere la propria immagine nello specchio. Quest'ultimo è uno strumento che crea identificazione, perché permette l'azione di una restituzione eguale dell'immagine.

In "Attraverso lo Specchio" di Lewis Carroll, tale strumento assume un ruolo centrale, non solo come oggetto fisico ma anche come simbolo di realtà alternativa, espressione del sé e metafora del sogno. Ovviamente si tratta di una metafora e allo stesso tempo di un'azione reale. Lo specchio non è obbligatorio per creare un'identità, ma l'identificazione si esprime come un rispecchiamento psicologico in altre entità, delle quali si assimila o introietta un'immagine presa a prestito.

Questa metafora rappresenta l'incipit fondamentale nel processo ontogenetico di strutturazione del Sé dell'individuo. Lo specchio interiore è autore di immagini oniriche che vanno al di là del semplice rispecchiamento. Esso evoca il sogno, i desideri e finanche i progetti dell'individuo. Quando è deformato, ne riflette gli incubi e le paure ed è capace di evocare terrori ancestrali.

Il paziente psicotico, con i suoi pressoché sempre presenti disturbi del pensiero, proietta sul suo specchio metaforico le sue alterazioni e fratture, che gli vengono restituite identiche nella loro espressione. Tale meccanismo va a consolidare le deformazioni in un tempo senza tempo, creando una finzione rafforzata che ne esplicita la patologia. È dunque presente nel percorso della malattia l'esplicitazione del dualismo dello specchio fisiologico identico al Sé e dello specchio patologico diverso dal Sé, in una condizione dinamica di alterità tra illusione e realtà.

Bibliografia

1. ADLER, A. (1912), *Über den Nervösen Charakter*, tr. it. *Il temperamento nervoso*, Newton Compton, Roma 1971.
2. ADLER, A. (1920), *Praxis und Theorie der Individualpsychologie*, tr. it. *Prassi e teoria della Psicologia Individuale*, Newton Compton, Roma 1970.
3. CARROLL, L. (1871), *Through the Looking-Glass and What Alice Found There*, tr. it. *Attraverso lo specchio*, Einaudi, Torino 1978.
4. DIVINO, F. (2020), *Mondo sacro: Alterità e identità in antropologia archetipica*, Tipheret, Catania.

La farfalla attraverso lo specchio bucato

MATTIA SALAMONE, ERIKA DE ANGELIS, PIERO CHERASCO

Summary – THE BUTTERFLY THROUGH THE PIERCED MIRROR. Once upon a time there was an injured butterfly who came and went through a hole in her mirror until she came to rest in our community. She brought with her the gruelling experience of sexual abuse, a painful journey into anorexia, and a path of self-treatment and self-medication of love addiction and substance dependence. She was welcomed with her mirror that had been pierced and distorted by the experiences that had marked her early and later adolescence and young adulthood. The community replaced the shattered, distorted mirror of the dysfunctional, guilt-inducing, and emotionally abusive parental relationship. We still experience today all the ambivalences, regressions and suffering, and we pick up the fragments of her interior mirror, an indelible trace of her hells. These fragments still hurt her, which drives us to keep creatively readjusting the project, recognising her steps forward, acknowledging the regressions, and praising her courage and her resources. Encouragement within the Adlerian meaning of transmotivation, formed the core of the rehabilitative work. This pathway aims to reconstruct self-esteem and a self that can aspire to the gradual integration of its parts. This process was achieved by constructing an authentic bond, which was an expression of a strong alliance with our team.

Keywords: BORDERLINE PERSONALITY DISORDER, ABUSE, ANOREXIA, COMMUNITY, SELF-ESTEEM

Abstract – LA FARFALLA ATTRAVERSO LO SPECCHIO BUCATO. C'era una volta una farfalla ferita, che entrava e usciva dal buco del suo specchio, finché non è venuta a posarsi nella nostra Comunità. Si portava dietro la pesante esperienza di un abuso sessuale, un doloroso percorso nell'anoressia, un cammino di autoterapia caratterizzato da dipendenze affettive e di sostanze. È stata accolta con il suo specchio bucato e deformato dalle esperienze che hanno segnato la sua prima e seconda adolescenza e la giovane adultità. La Comunità si è sostituita allo specchio deformato e frantumato della relazione genitoriale, colpevolizzante, disfunzionale e abusante sul piano affettivo. Viviamo ancora oggi tutte le ambivalenze, le regressioni, le sofferenze e raccogliamo i frammenti del suo specchio interiore, coda indimenticabile dei suoi inferni. Questi frammenti la feriscono ancora, spingendoci sempre a riadattare creativamente il progetto, riconoscendone i passi avanti, accogliendo le regressioni e valorizzando il suo coraggio e le sue risorse. L'incoraggiamento, inteso in termini adleriani di trasmotivazione, è stato il nucleo dell'impegno riabilitativo. Tale percorso è volto alla ricostruzione dell'autostima e di un Sé che possa tendere ad una progressiva integrazione delle sue parti. Il processo si è realizzato attraverso la costruzione di un autentico legame, espressione di una solida alleanza con la nostra équipe.

Parole chiave: DISTURBO BORDERLINE DI PERSONALITÀ, ABUSO, ANORESSIA, COMUNITÀ, AUTOSTIMA

C'era una volta una farfalla ferita, che entrava e usciva dal buco del suo specchio, finché non è venuta a posarsi nella nostra Comunità. Si portava dietro la pesante esperienza di un abuso sessuale, un doloroso percorso nell'anoressia, un cammino di autoterapia caratterizzato da dipendenze affettive e di sostanze. È stata accolta con il suo specchio bucato e deformato dalle esperienze che hanno segnato la sua prima e seconda adolescenza e la giovane adultità.

La Comunità si è sostituita allo specchio deformato e frantumato della relazione genitoriale, colpevolizzante, disfunzionale e abusante sul piano affettivo. Viviamo ancora oggi tutte le ambivalenze, le regressioni, le sofferenze e raccogliamo i frammenti del suo specchio interiore, coda indimenticabile dei suoi inferni. Ho passato anni ad uccidermi. Droghe, alcol, fame, abbuffate e vomito. Sono passata per il buio.

Non quello poetico, ma quello che ti fa scomparire un pezzo alla volta. Un corpo che era diventato campo di battaglia. Rubavo. A me stessa, agli altri. Ero schiava del mio ego, di quella voce che mi diceva che per sentirmi viva dovevo distruggermi.

Oggi sono in Puglia in un santuario per animali. Sto imparando ad amare. Prima me stessa, poi gli altri. Anche quelli che una volta avrei chiamato nemici. Oggi cammino nella terra vera. Respiro. Gli animali mi insegnano tutti i giorni qualcosa. Non parlano, eppure sanno. Loro non mentono, non trattengono, non giudicano. Sto capendo che l'attenzione è tutto. Dove la metto, cresce qualcosa. Se guardo il dolore, lo alimento. Se guardo la pace, la accendo. Ogni volta che arriva un pensiero che sa di vecchie catene, provo a fermarmi. A chiedermi: Perché ci sto credendo ancora?

E così, lentamente, imparo a non reagire. A guardare. A restare. Non scelgo. Non mi attacco. Inizio a entrare in un vuoto che non fa più paura, ma che mi contiene. Sento l'aria. Sento lo spazio attorno a me. Mi accorgo che, nel momento presente, non c'è pericolo. Ci sono correnti dentro di me, lo so. Spinte istintive che mi riporterebbero indietro. Ma ora le vedo e le contengo.

Quando sento il bisogno di agire sotto impulso, respiro. E se c'è qualcosa che mi fa paura, la osservo. Se c'è qualcosa che non voglio fare ma che serve, la faccio. E se arriva un'emozione forte, non scappo. La sento. Ma non la urlo, non la sfogo, non la racconto. Imparo a stare.

E ogni giorno, ogni attimo in cui riesco a non cedere, è un passo verso la mia libertà. Perché adesso so che il dentro e il fuori sono legati. E se qualcuno mi fa del male, non basta meditare. A volte bisogna imparare a dire di no, ad allontanare chi toglie luce ed energia. Perché così dico alla vita: Quella vibrazione non la voglio più. Né fuori. Né dentro di me.

Bibliografia

1. ANSBACHER, H. L., ANSBACHER, R. R. (1956), *The Individual Psychology of Alfred Adler*, tr. it. *La Psicologia Individuale di Alfred Adler*, Martinelli, Firenze 1997.
2. MARZANO, M. (2011), *Volevo essere una farfalla: come l'anoressia mi ha insegnato a vivere*, Mondadori, Milano.
3. PINKOLA ESTÉS, C. (1992), *Women Who Run with the Wolves: Myths and Stories of the Wild Woman Archetype*, tr. it. *Donne che corrono coi lupi*, Frassinelli, Milano 1993.
4. ROVERA, G. G. (1982), Trasmotivazione: proposta per una strategia dell'incoraggiamento, *Riv. Psicol. Indiv.*, 17-18: 28-50.

Mattia Salamone
psicologo.mattiasalamone@gmail.com

Erika De Angelis
erikadeangelis18@gmail.com

Piero Cherasco
cherasco.piero@gmail.com

Lo specchio come simbolo transculturale

MATTIA SALAMONE, ALESSANDRA GERBALDO, PIERO CHERASCO

Summary – THE MIRROR AS A TRANSCULTURAL SYMBOL. We start with a transcultural reflection that sees the mirror through different cultures and ages representing a practically common and constant function in a way that is unique to individual cultures. This continuity encompasses the metaphor of interiority, construed as the sum of the planning, mnemonic, experiential, and perspective instances, complete with resistance and fears, rich yet desolate silent places where one's seemingly missing roots can be sought. The mirror often represents the place where one's thoughts can almost magically be realised, as if rather than reflecting the objective reality it could reflect the desires, plans, and fantasies that inhabit the subject's psyche and are recognised as the individual's apperceptive schema in Individual Psychology. This is possible because the Adlerian theory of mind, as per the definition of Individual Psychology, uses the adjective "comparative" as an invaluable way to draw comparisons with the many different ways a person's relationship can be developed with their interiority and their culture. The idea of a Comparative Psychology is to have an effective, original tool that allows the Adlerian theory of mind to make honest, enriching comparisons with extremely disparate cultures and mental configurations without running the risk of being swayed by confusing influences or the danger of adulterating the guidelines of the individual-psychological philosophy.

Keywords: TRANSCULTURALITY, SPIRITUALITY, COMPARATIVE INDIVIDUAL PSYCHOLOGY, TRADITIONS

Abstract – LO SPECCHIO COME SIMBOLO TRANSCULTURALE. Si procede da una riflessione transculturale che vede lo specchio come metafora dell'interiorità, attraversando tradizioni anche tra di loro molto diverse e distanti nello spazio e nel tempo. Questo è possibile perché la teoria della mente adleriana, espressa nella definizione di Psicologia Individuale, presenta nell'aggettivo "Comparata" una modalità preziosa di confrontazione con le numerose modalità di sviluppo della relazione dell'uomo con la sua interiorità e la sua cultura.

Parole chiave: TRANSCULTURALITÀ, SPIRITUALITÀ, PSICOLOGIA INDIVIDUALE COMPARATA, TRADIZIONI

*“Venite, atomi erranti, ritornate verso il vostro centro e
divenite lo specchio eterno che avete visto”*

(Fârid-ud-Dîn 'Attar)

Proviamo a stabilire un confronto con il seguente principio del buddismo T'chan del Nord: “Tutti gli esseri possiedono all’origine l’illuminazione spirituale, nello stesso modo in cui è nella natura dello specchio splendere. Se al contrario le passioni velano lo specchio, esso è allora invisibile, come se fosse ricoperto di polvere. Se i pensieri malvagi sono dominati e distrutti secondo le indicazioni del Maestro, essi cesseranno di manifestarsi. Allora lo spirito sarà rischiarato, secondo la sua stessa natura, e nulla vi resterà nascosto. È come la politura di uno specchio...” (Tsung).

Quando il cuore, metafora dell’interiorità, è divenuto un puro specchio (senza alterazioni patologiche), allora il mondo vi si riflette come realmente è, ossia senza le deformazioni derivanti dal pensiero passionale. D’altro canto, in pressoché tutte le Tradizioni Spirituali il cuore riflette la verità divina, ovvero il bisogno di trascendenza, che è compensazione del sentimento ontologico di inferiorità.

Ciò avviene in modo più o meno diretto, ossia dapprima sotto forma di simboli (ishârât), poi sotto forma di qualità spirituali (çifât) o di entità (a’yân), che sono la base dei simboli, e infine come verità divine (haqîqah). Come si può evincere dalla citazione sopra riportata, lo specchio e le metafore psicologiche e spirituali che ne derivano attraversano longitudinalmente culture anche molto distanti tra loro nello spazio e nel tempo.

Basti ricordare il rapporto di Narciso con lo specchio d’acqua, riflesso del suo essere, che diventa la porta per la sua morte. Dalla filosofia buddhista emerge come l’attaccamento (a cose e a persone) possa assumere caratteristiche di sostegno e conforto fino a creare dipendenze patologiche, frutto di sofferenza sia fisica che psicoemotiva, con reattiva deformazione dello specchio interiore sotto la spinta delle “emozioni distruttive”.

Se riflettiamo con Adler rispetto alla linea direttrice del Sé-Stile di Vita, possiamo notare come tali emozioni determinino il bisogno di compensazioni che, se progressivamente insufficienti a portare equilibrio, si trasformano in compensazioni rafforzate, coagulando la patologia psichica e deformando contestualmente lo specchio interiore rispetto alla possibilità che rifletta un percorso nel lato utile della vita.

Bibliografia e Sitografia

1. ADLER, A. (1912), *Über den Nervösen Charakter*, tr. it. *Il temperamento nervoso*, Newton Compton, Roma 1971.
2. BARTOCCI, G. (2020), *Intermittenze visionarie. Caso e necessità nella costruzione e decostruzione del sovranaturale*, Mimesis, Udine-Milano.
3. BURCKKHARDT, T. (2000), *La simbologia dello specchio*, Centro Studi La Runa, <https://www.centrostudilaruna.it/burckhardtsimbologiaspecchio.html>
4. DALAI LAMA, T., GOLEMAN, D. (2003), *Destructive Emotions: A Scientific Dialogue with the Dalai Lama*, tr. it. *Emozioni distruttive. Liberarsi dai tre veleni della mente*, Mondadori, Milano 2005.

Mattia Salamone
psicologo.mattiasalamone@gmail.com

Piero Cherasco
cherasco.piero@gmail.com

Alessandra Gerbaldo
alessandragerbaldo27@gmail.com

L'intelligenza artificiale come specchio del relativismo culturale

DAMIANO SANGIOVANNI, MATTIA SALAMONE

Summary – AI AS A MIRROR OF CULTURAL RELATIVISM. In an historic setting defined by the technological development of artificial intelligence (AI), AI is increasingly perceived not only as a technical tool but also as a distorted mirror of contemporary sociocultural dynamics. This presentation examines the paradox of the democratic nature of AI, and asks whether it represents an intrinsic quality or rather an historic construction that is influenced, and therefore itself distorted, by power structures and by a growing imbalance between striving for power and social feeling, as proposed by Adler. We explore the relationship between AI and individualism, and consider whether the former contributes to reinforcing widespread egocentrism or if, on the contrary, it is a product. The analysis is part of a re-elaboration of cultural relativism in the digital era that adds an ontological dimension to AI that could redefine the meaning of the social bond.

Keywords: ARTIFICIAL INTELLIGENCE, CULTURAL RELATIVISM, ETHICS, INDIVIDUALISM, DEMOCRACY

Abstract – L'INTELLIGENZA ARTIFICIALE COME SPECCHIO DEL RELATIVISMO CULTURALE. In un contesto storico caratterizzato dall'evoluzione tecnologica dell'intelligenza artificiale (IA), questa viene sempre più percepita non solo come strumento tecnico, ma anche come specchio deformante delle dinamiche socio-culturali contemporanee. La presente riflessione indaga il paradosso della democraticità dell'IA, interrogandosi se essa rappresenti una qualità intrinseca o, piuttosto, una costruzione storica influenzata, dunque deformata essa stessa, da assetti di potere e da un crescente squilibrio tra volontà di potenza e sentimento sociale, secondo una lettura adleriana. Si esplora il rapporto tra IA e individualismo, considerando se la prima contribuisca a rafforzare l'egocentrismo diffuso o se ne sia invece un prodotto. L'analisi si colloca all'interno di una rielaborazione del relativismo culturale nell'era digitale, che conferisce all'IA una dimensione ontologica capace di ridefinire il senso del legame sociale.

Parole chiave: INTELLIGENZA ARTIFICIALE, RELATIVISMO CULTURALE, ETICA, INDIVIDUALISMO, DEMOCRAZIA

In un'epoca in cui l'intelligenza artificiale (IA) rappresenta una delle innovazioni tecnologiche più pervasivamente trasformative, essa può essere considerata uno specchio delle dinamiche sociali e culturali del nostro tempo. La percezione della sua democraticità solleva interrogativi: si tratta di una qualità intrinseca o piuttosto di una proiezione, frutto della nostra epoca storica, in cui prevalgono concentrazioni di potere e, in termini adleriani, uno squilibrio tra volontà di potenza e sentimento sociale? In questo contesto, ci si chiede se l'IA stia contribuendo ad accentuare l'individualismo contemporaneo, o se, al contrario, sia proprio l'individualismo dominante a orientarne lo sviluppo e le modalità di applicazione.

L'IA rafforza l'individualismo contemporaneo?

In un'ottica adleriana, le disuguaglianze nella società contemporanea emergono quando la competizione tra individui o gruppi prevale sulla cooperazione. Le opportunità di sviluppare uno stile di vita autenticamente creativo e socialmente orientato non sono distribuite in modo equo a livello globale.

Questo si declina in:

- Dalla sfera pubblica al privato. Lo sviluppo dell'IA trasferisce potere e controllo dal pubblico alle grandi corporazioni tecnologiche.
- Sfruttamento globale. Persistono dinamiche di estrazione e manodopera che riproducono la dipendenza del Sud globale.
- Accentramento competitivo. La corsa alla performance concentra risorse e decisioni, riducendo trasparenza e pluralità.
- Paradigma produttivista interiorizzato. L'IA diventa metro di efficienza e rendimento, sostituendo l'idea di intelligenza con quella di produttività.

L'IA può agire "eticamente"?

Gli algoritmi dell'IA possono orientarsi verso una forma di responsabilità ispirata al sentimento sociale. In questa prospettiva, l'IA può contribuire alla compensazione di un senso di inferiorità collettivo, promuovendo cooperazione e solidarietà.

- Estensione dell'etica umana. L'IA può operare in modo etico solo come proiezione dell'etica umana, quando obiettivi e algoritmi sono orientati al bene comune.
- Necessità di regolamentazione. Strumenti normativi, come l'AI Act dell'Unione Europea, sono essenziali per garantire trasparenza e tutela dei diritti.
- Relativismo culturale. L'idea di "eticità" è culturalmente e socialmente determinata: non esiste un'etica universale dell'IA, ma pluralità di visioni e valori.

Bibliografia

1. ADLER, A. (1920), *Praxis und Theorie der Individualpsychologie*, tr. it. *Prassi e teoria della Psicologia Individuale*, Astrolabio, Roma 1967.
2. BATESON, G. (1958), *Naven: A Survey of the Problems Suggested by a Composite Picture of the Culture of a New Guinea Tribe Drawn from Three Points of View*, Stanford University Press, California.
3. FLORIDI, L. (2014), *The Fourth Revolution: How the Infosphere Is Reshaping Human Reality*, Oxford University Press, Londra.
4. HARARI, Y. N. (2017), *Homo Deus: A Brief History of Tomorrow*, HarperCollins Italia Ed., Milano.
5. MEAD, M. (1901-1978), *Culture and Commitment: A Study of the Generation Gap*, tr. it. *Cultura e impegno: Studio sul conflitto tra le generazioni*, Giunti, Firenze 1979.

Comunità multifamiliare: l'Altro come punto di ricerca per la propria individualità

LUIGI SCILLIA, SARA MARCHINI

Summary – MULTIFAMILY COMMUNITY: THE OTHER AS A FOCUS OF EXPLORATION FOR ONE'S INDIVIDUALITY. In Individual Psychology, the social dimension is fundamental: human beings can only be understood within the context of their relationships. Community life provides the setting in which language and meaning emerge, shaping a narrative of the Self that guides thoughts, emotions, and behavior. Each individual orients their life toward a final goal, constructing a perceptual framework composed of recurring symbolic images and cognitive patterns that shape both personal experiences and interpersonal relationships. Although this goal is ultimately fictitious, it provides coherence and unity to the Self's narrative. The Adlerian therapist works with the patient's fictions and resistances to uncover their authentic internal suffering. This form of empathy, understood as a profound attunement to the Other: "to see through another's eyes, hear through another's ears, and feel with another's heart" becomes a means of identification and understanding and reflects Jaspers' phenomenological approach. These principles also underpin the therapeutic community, which fosters relationships grounded in dialogue and shared participation. This approach gives rise to the multi-family group, a space in which patients, families, and mental health professionals can exchange experiences and interpret symptoms as expressions of personal and cultural life. Within this safe social environment, patients can reconstruct their narratives through engagement with others' stories, thereby strengthening their Social Feeling.

Keywords: SOCIAL FEELING, SOCIAL CONTEXT, INDIVIDUAL PSYCHOLOGY, MULTIFAMILY GROUP, PHENOMENOLOGY

Abstract – COMUNITÀ MULTIFAMILIARE: L'ALTRO COME PUNTO DI RICERCA PER LA PROPRIA INDIVIDUALITÀ. Nella Psicologia Individuale la dimensione sociale è centrale: l'essere umano può essere compreso solo all'interno dei suoi legami. È nella vita comunitaria che nascono linguaggio e significati, dando forma a una narrazione del Sé che guida pensieri, emozioni e comportamenti. Ogni individuo orienta la propria esistenza verso una meta finale, costruendo uno schema appercettivo fatto di immagini simboliche ricorrenti e di schemi cognitivi che agiscono nella vita personale e nelle relazioni. Questa meta, benché fittizia, dà unità e coerenza alla narrazione del Sé. Il terapeuta adleriano, lavorando sulle finzioni e sulle resistenze del paziente, cerca di raggiungerne la sofferenza interna autentica. Questa forma di empatia, come profonda sintonizzazione con l'Altro: "vedere con gli occhi di un altro, udire con le orecchie di un altro, sentire con il cuore di un altro" diventa capacità di identificazione e comprensione e richiama la prospettiva fenomenologica di Jaspers. Gli stessi principi guidano la comunità terapeutica, che promuove relazioni basate su dialogo e partecipazione.

Da qui nasce il gruppo multifamiliare, uno spazio in cui pazienti, famiglie e operatori condividono esperienze e attribuiscono significato al sintomo come espressione personale e culturale. In questo ambiente sociale sicuro il paziente può rielaborare la propria storia tramite le narrazioni altrui, rafforzando il proprio Sentimento Sociale.

Parole chiave: SENTIMENTO SOCIALE, CONTESTO SOCIALE, PSICOLOGIA INDIVIDUALE, GRUPPO MULTIFAMILIARE, FENOMENOLOGIA

Nel panorama della Psicologia Individuale la dimensione sociale rappresenta uno dei principi fondamentali. Da teorico del campo Adler evidenziò infatti la necessità di una visione olistica per riflettere sull'individuo: l'essere umano può quindi essere compreso solo nel contesto dei suoi legami: dalla famiglia alla società. La vita comunitaria produce il linguaggio che contribuisce, in tal modo, a differenziare l'essere umano dalle altre specie viventi: i nostri pensieri e i nostri sentimenti diventano comprensibili solo quando sembrano adattarsi a un linguaggio universalmente accettato e condiviso [1].

È all'interno della vita comunitaria, quindi, che nascono il linguaggio e le strutture di significato ad esso collegate che generano una narrazione del Sé, spesso inconscia, che orienta pensieri, emozioni e comportamenti. Ogni individuo si prefigge una meta finale, costruendosi uno schema appercettivo: quest'ultimo è costituito dall'insieme delle immagini simboliche ricorrenti e dagli schemi cognitivi caratteristici che vengono utilizzati nella vita individuale e nelle relazioni interpersonali. La meta finale, per quanto fittizia, dà senso e coerenza alla narrazione di Sé e diventa una chiave di lettura per poter interpretare nel suo complesso la struttura psichica e trovare significato nelle situazioni psicopatologiche [1].

In questo panorama, il terapeuta adleriano, attraverso un lavoro sulle finzioni e sulle resistenze del paziente, cerca di comprendere la vera sofferenza interna dell'Altro. Questa concezione di empatia intesa come sintonizzazione profonda con l'Altro richiama la psicopatologia fenomenologica di Jaspers, che privilegia l'esplorazione del vissuto interno rispetto alla descrizione oggettiva dei sintomi.

«L'oggetto della psicopatologia è l'accadere psichico reale e cosciente. Noi vogliamo sapere che cosa provano gli esseri umani nelle loro esperienze e come le vivono» (5, p. 2). Questo manifesto fenomenologico della psicopatologia evidenzia come l'unico strumento possibile per il terapeuta sia utilizzare se stesso in rapporto alla soggettività dell'Altro, attraverso il «palpitare della propria anima all'unisono con le vicende altrui» (5, p. 23), riconoscendo l'Altro proprio come soggetto.

Il “vedere con gli occhi di un altro, udire con le orecchie di un altro, sentire con il cuore di un altro” adleriano diventa, in tal modo, capacità di identificazione e comprensione e il Sentimento Sociale si può quindi sviluppare solo all'interno dei legami dell'individuo nel proprio contesto sociale [1].

Anche la fortemente innovativa trasformazione dei manicomi in comunità terapeutiche di Basaglia [3] ha rivoluzionato: il tradizionale rapporto medico-paziente, consentendo di analizzare ciò che accade nella diade in termini di dinamica individuale e interpersonale.

Questi principi si possono così riscontrare all'interno di una comunità terapeutica che promuove dinamiche relazionali basate sul dialogo e la co-partecipazione. Questo nuovo modo di pensare alla sofferenza umana è alla base del gruppo multifamiliare come strumento d'intervento. In questo spazio gli individui sofferenti insieme alle loro famiglie e agli operatori della salute mentale hanno la possibilità di condividere esperienze e di costruire un contesto terapeutico dove il sintomo viene sperimentato come espressione significativa di un vissuto personale e culturale.

Il paziente può, in tal modo, “vivere il non vissuto”, al di là di diagnosi e interpretazioni, trovando un ambiente sociale sicuro in cui portare e rivedere le proprie narrazioni grazie alla presenza e alle narrazioni degli altri, sviluppando inoltre un forte sentimento comunitario [9].

All'interno della comunità multifamiliare la cura diventa “cura dell'esser-ci”, in cui l'origine della sofferenza mentale va cercata nei particolari rapporti di significato che si instaurano tra le “visioni del mondo” proprie dell'essere umano (*Weltanschauungen*) e la realtà esterna; allo stesso modo il sintomo stesso dovrebbe essere inteso come un'esperienza (*Erlebnis*) vissuta dall'individuo. [4]

Lo Stile di vita individuale può essere studiato solo se inserito in un determinato contesto e, conseguentemente, il sintomo portato dall'individuo viene decodificato solo in rapporto alla necessità dell'equilibrio proprio e del gruppo famiglia [6].

Lo Stile di vita individuale finisce così per interagire con lo Stile di vita familiare dando vita a una storia (individuale e familiare) fatta di relazioni che si costruiscono rispecchiandosi nell'Altro [6].

A partire da queste suggestioni, è possibile fare riferimento a un modello d'intervento focalizzato sullo strumento dei Gruppi Multifamiliari promosso da un'associazione di Torino (SPAZIO Giovani, Famiglie, Gruppi APS).

Il gruppo multifamiliare rappresenta un approccio innovativo alla comprensione della sofferenza umana e alle modalità per mitigarla. Consiste nel riunire un gruppo di famiglie, includendo pazienti e diverse generazioni di familiari, oltre che persone a loro legate affettivamente e gli operatori della salute mentale, nello stesso spazio terapeutico. Questo modello unisce tutte le componenti della comunità civile e sociale – studenti, lavoratori, disoccupati, persone in comunità terapeutica o in gruppo appartamento, individui con differenti forme di disagio psichico – insieme ai loro contesti di appartenenza.

L'approccio valorizza l'interazione tra ciascun individuo e il suo ambiente familiare e sociale, integrando le dimensioni sociologiche, psicologiche ed esistenziali dell'essere umano [10]. Questo processo attiva meccanismi di identificazione, differenziazione e rielaborazione, che amplificano l'effetto terapeutico.

Durante gli incontri le persone si dispongono in cerchio e si presentano: prima di ogni incontro vengono introdotte le poche regole del gruppo: non si parla con il vicino ma ci si rivolge al gruppo, non si danno consigli, non si giudica, si rispetta la confidenzialità di quello che viene raccontato e si parte a narrare dalla propria esperienza e dai propri vissuti.

La cosa fondamentale è infatti generare dialogo sull'esperienza vissuta più che sui contenuti, quindi sulle narrazioni di Sé e degli Altri che il paziente crea per sopravvivere.

Le Terapie Multifamiliari vengono proposte come una modalità di intervento terapeutico rivoluzionario che combina l'intervento clinico e l'intervento sociale. L'obiettivo generale è quello di far interagire le famiglie nel processo terapeutico del paziente, creando un ambiente di supporto e condivisione di esperienze tra esse e i pazienti, migliorando la comunicazione all'interno dei nuclei familiari e aumentando la comprensione delle dinamiche familiari. Le terapie multifamiliari non sostituiscono gli interventi terapeutici tradizionali ma li integrano e arricchiscono [8].

Badaracco, uno dei pionieri in quest'ambito, sostiene che il gruppo multifamiliare si configuri come uno *"spazio pedagogico per eccellenza"* [2] in quanto vengono condivise e integrate le conoscenze e le esperienze di tutti i partecipanti al gruppo. I gruppi multifamiliari rappresentano uno spazio di riflessione e di sviluppo umano di grande universalità, aperto a persone con qualsiasi problema umano, simile a una *"microsocietà"* [Ivi].

L'esperienza del riconoscere e del sentirsi riconosciuti conferisce all'individuo il diritto di cittadinanza ad esistere e permette il riconoscimento dell'Altro come individuo con un suo valore intrinseco [7], riattivando così il Sentimento Sociale di ognuno.

Bibliografia e Sitografia

1. ANSBACHER, H. L., ANSBACHER, R. R., (a cura di, 1956), *The Individual Psychology of Alfred Adler*, tr. it. *La Psicologia Individuale di Alfred Adler. Il pensiero di Alfred Adler attraverso una selezione dei suoi scritti*, Martinelli, Firenze 1997.
2. BADARACCO, J. G. (2000), *Psicoanálisis multifamiliar: los otros en nosotros y el descubrimiento del sí mismo*, tr. it. *Psicoanalisi multifamiliare. Gli altri in noi e la scoperta di noi stessi*, Bollati Boringhieri, Torino 2004.
3. BASAGLIA, F. (1973), *Che cos'è la psichiatria?*, Einaudi, Torino.
4. GRANITO, A. (2010), *La filosofia come cura: Karl Jaspers filosofo e medico*, www.ariannaeditrice.it
5. JASPERS, K. (1913), *Allgemeine Psychopathologie*, tr. it. *Psicopatologia generale*, Il Pensiero Scientifico, Roma 1965.
6. MAIULLARI, F., MASCETTI, A., MOTTA, J. (1984), Sistema individuale e sistema familiare, *Riv. Psicol. Indiv.*, 20-21: 54-58.
7. NEGRO, M., GADA, E. (1989), Le applicazioni della psicologia individuale ai gruppi di terapia e di formazione, *Riv. Psicol. Indiv.*, 30-31: 93-115.
8. SEMPERE, P. J., FUENZALIDA, C. (2022), *Terapia interfamiliar: el poder de los grupos multifamiliares en contextos sociales, sanitarios y educativos*, Desclée de Brouwer.
9. SEMPERE, P. J., FUENZALIDA, C. (2023), La psicoeducación interfamiliar en la atención a niños y adolescentes en los sistemas sanitarios, educativos y sociales, *Revista Clínica Contemporánea*, 14, e 10, 1-16.
10. SCILLIA, L., GARCIA BERRA, N. (2024), Comunità multifamiliare: Chi cura chi? L'altro come punto di ricerca per la propria ipseità, *Adombramenti - Rivista di Psicologia Fenomenologica*, 1.

Narrazioni Genitoriali: il gruppo come specchio della comunità

LUCA SOREGAROLI, GLORIA BELOTTI

Summary – PARENTAL NARRATIVES: THE GROUP AS A REFLECTIVE MIRROR OF THE COMMUNITY. The poster describes a two-year experience of a parenting support group activated within a parish. This approach is consistent with the principles of Adlerian Individual Psychology, which views the psychotherapist as someone deeply interested in and open to social and educational issues. The aim of the presentation is to illustrate how the role of the psychologist and psychotherapist can offer a meaningful contribution outside the therapy room as well, from a perspective of prevention and health promotion, while remaining faithful to the Adlerian theory. This experience also made it possible to observe the emergence and gradual development-within the group dynamics-of several key concepts of Individual Psychology, including Social Interest, the Creative Self, and Encouragement.

Keywords: GROUP, PARENTING, ENCOURAGEMENT

Abstract – NARRAZIONI GENITORIALI: IL GRUPPO COME SPECCHIO DELLA COMUNITÀ. Il poster racconta un'esperienza biennale di un gruppo di sostegno alla genitorialità attivato presso una parrocchia. Questa modalità è in linea con i fondamenti della Psicologia Individuale di Adler che vede lo psicoterapeuta come una figura fortemente interessata e aperta al tema sociale ed educativo. L'obiettivo della presentazione è descrivere come la figura dello psicologo e dello psicoterapeuta possa portare un proprio contributo anche al di fuori della stanza di terapia in ottica preventiva e di promozione della salute, pur rimanendo coerente al mandato adleriano. Questa esperienza ha permesso, inoltre, di osservare l'emergere e il progressivo evolversi nella dinamica di gruppo di alcuni concetti chiave della Psicologia Individuale tra cui Sentimento Sociale, Sé Creativo e Incoraggiamento.

Parole chiave: GRUPPO, GENITORIALITÀ, INCORAGGIAMENTO

Premesse

La Psicologia Individuale presenta una profonda attenzione alla dimensione sociale: Adler, affermando che non è possibile comprendere un essere umano senza prendere in considerazione il contesto sociale in cui egli vive, evidenzia la centralità della componente sociale nello sviluppo individuale [2, 6].

In generale la teoria adleriana presenta preziose potenzialità applicative in ambito sociale: quella che Adler elabora, infatti, non è solo una teoria clinica, ma è anche una teoria in grado di fornire linee di indirizzo in ambito educativo e formativo, nonché in una logica di prevenzione. Basti pensare all'istituzione dei diversi consultori psicopedagogici, istituzione che porta con sé una specifica visione del comportamento del bambino da intendersi non solo come una questione di ordine privato, ma anche come una questione di ordine pubblico [1, 4].

La profonda unione tra agire clinico ed educativo, tra cura e prevenzione è ben rappresentata anche dall'introduzione dell'idea di "*medico come educatore*" proposta da Adler. È proprio a partire da queste premesse che lo psicoterapeuta adleriano dovrebbe non solo curare tramite la psicoterapia, ma anche dare spazio all'incontro con l'Altro e alla cura del sociale e della comunità [1, 7, 8].

I. L'esperienza del gruppo

Questo poster si riferisce ad un'esperienza di psicologia adleriana in ambito preventivo e nello specifico alla conduzione di un gruppo psicoeducativo per genitori di preadolescenti. Il gruppo, iniziato nel 2023 e attualmente in corso, accoglie circa dieci genitori che si incontrano con cadenza mensile per confrontarsi sul tema dell'essere genitori.

Il titolo "Narrazioni genitoriali" ben racconta il processo e le modalità che hanno caratterizzato questo percorso psicoeducativo: durante gli incontri gli adulti presenti hanno attraversato diverse sfaccettature emozionali ma anche dinamiche individuali, interpersonali e comunitarie.

Nel corso degli incontri si sono alternati momenti di carattere più formativo, legati ad esempio all'esposizione dei compiti di sviluppo dell'età evolutiva o alle trasformazioni della struttura familiare moderna, e momenti di scambio e condivisione, legati alla narrazione di vissuti emotivi ed esperienze connesse al ruolo genitoriale. Anche la modalità di lavoro è stata mista: alcuni momenti sono stati dedicati alla condivisione in plenaria, altri alla riflessione in piccolo gruppo.

Il contenitore gruppalmente ha avuto una funzione di contenimento ma anche di rispecchiamento e risonanza permettendo il passaggio dall'intrapsichico all'interpersonale [5, 7, 8]. Il senso di incertezza e inadeguatezza provato nell'esperienza genitoriale e i tentativi supercompensatori di negazione di tale vissuto, grazie all'esperienza in vivo di sentimento sociale del gruppo e all'atteggiamento incoraggiante dei conduttori, si sono trasformati, permettendo la riattivazione del sé creativo individuale [3, 5, 6].

Di seguito verranno presentate quattro aree significative in questo processo gruppalmente. A lato, vengono inserite le mutazioni secondo noi presentate dai partecipanti al gruppo.

II. *Le aree di trasformazione gruppalì*

1. Sé Creativo

DA	A
1. Ricerca di soluzioni pronte o “ricette magiche”	1. Maggiore capacità di sostare in una dimensione di incertezza e di messa in discussione
2. Imposizione del proprio punto di vista come “strada giusta da seguire”	2. Accettazione dell’esperienza soggettiva dell’altro
3. Chiusura e diffidenza rispetto agli stimoli e alle attività che richiedevano un contatto autentico con i vissuti emotivi legati alla genitorialità	3. Valorizzazione della dimensione creativa dell’esperienza genitoriale e accettazione della dimensione genitoriale come espressione del Sé Creativo

2. Sentimento sociale

DA	A
1. Logica privata di analisi dei vissuti comunitari	1. Visione “comunitaria” e gruppalè delle rappresentazioni
2. Castrazione dei pensieri altrui (volontà di potenza)	2. Inclusione dei pensieri soggettivi nel gruppo (sviluppo del sentimento sociale)
3. Giudizio soggettivo o a piccoli gruppi sulle modalità di gestione delle relazioni familiari dell’altro	3. Discussione gruppalè su possibili strategie di intervento e successivo monitoraggio gruppalè
4. Negazione del senso di inadeguatezza e della sofferenza	4. Espressione del senso di inferiorità e condiviso bisogno di vicinanza

3. Compensazione

DA	A
1. Espressioni di super-compensazione come strumento di valorizzazione e negazione dell’esperienza del limite	1. Ricerca di compensazioni funzionali in gruppo
2. Gruppo come insieme di piccoli sottogruppi in competizione	2. Gruppo come incontro di differenti soggetti in relazione
3. L’altro è soggetto di confronto e poco affidabile (“non vivi la mia stessa situazione”, “quando arriverete a quest’età vedrete”)	3. L’altro è soggetto di rispecchiamento e di progettazione condivisa (“Capisco cosa provi perché anche io ci sono passata”).

4. Incoraggiamento

DA	A
1. Scoraggiamento nella relazione educativa con i figli	1. Condivisione di modalità di relazione genitore-figlio/a
2. Utilizzo di modalità finzionali (“fai finta che...”) come strumento di autoefficacia	2. Cooperazione e apprendimento reciproco nella ricerca di atteggiamenti congrui della funzione adulta
3. Banalizzazione dell’espressione emotiva della fragilità	3. Fragilità come strumento di analisi personale e gruppalè e successivo tentativo di ricerca di un punto di vista alternativo

III. Conclusioni

Tramite l'esperienza del gruppo, i singoli individui portatori di questioni proprie del mondo privato della famiglia nucleare sono riusciti a riprendere e ristabilire un linguaggio comunitario dove le parole si sono legate all'esperienza del "vivere in comune con l'altro". La dinamica del conflitto si è manifestata durante il percorso e, attraverso il gruppo, ha trovato una forma costruttiva [5, 6].

Anche per noi, nel ruolo di conduttori, il gruppo ha costituito un'importante esperienza di condivisione e cooperazione. In alcuni momenti si è trattato di vivere a stretto contatto con le difficoltà legate alla svalutazione e alla diffidenza nei confronti della figura dello psicologo, in altri momenti di sostare nei processi di trasformazione fino a sentirsi parte integrante del potenziale creativo della gruppalità.

Analizzando la dinamica creata, il nostro ruolo rispetto al gruppo potrebbe essere definito quello di due "genitori simbolici": abbiamo accolto l'essere del gruppo, lo abbiamo ascoltato e a volte ripreso, abbiamo raccontato nostre esperienze, abbiamo accettato alcune mancate presenze, abbiamo chiesto pareri e opinioni senza porre giudizio, abbiamo lasciato sperimentare attraverso giochi e attività per poi porre una riflessione.

Quest'esperienza ha permesso di far sentire "nella pratica" lo sviluppo e la successiva cura del sentimento comunitario adleriano. Dapprima nella forma fetale dello stare insieme dal punto di vista fisico e successivamente evoluto nella dinamica del "sentirsi accanto" all'altro. In altre parole abbiamo avuto modo di vivere il sentimento sociale adleriano inteso come "vedere con gli occhi di un altro, di udire con le orecchie di un altro, di vibrare con il cuore di un altro" [2, 5].

Bibliografia

1. ADLER, A. (1904), *Der Arzt als Erzieher*, tr. ingl. *The Physician as Educator, The Collected Clinical Works of Alfred Adler Volume 2*, The Classical Adlerian Translation Project, Bellingham 2002.
2. ADLER, A. (1933), *Der Sinn des Lebens*, tr. it. *Il senso della vita*, Newton Compton, Roma 1997.
3. ADLER, A. (1935), I concetti fondamentali della Psicologia Individuale, *Riv. Psicol. Indiv.*, 33: 5-9.
4. AILLON, J. L. (2023), Società e salute mentale, tra cura e prevenzione. Come mettere in pratica oggi la lezione di Alfred Adler?, *Riv. Psicol. Indiv.*, 93: 59-86.
5. FASSINO, S. (2016), Il Sentimento Sociale del terapeuta ri-attiva quello del paziente, *Riv. Psicol. Indiv.*, 79: 27-43.
6. GHIDONI, C., BRAMBILLA, S., BROCCA, S., MILANESI, M., PODIO, N., SCARATTI, C. (2021), *Contagi relazionali in psicologia individuale. Una narrazione formativa di gruppo*, Marna Editore, Gorle (BG).
7. RIZZOLATTI, G., SINIGAGLIA, C. (2006), *So quel che fai: il cervello che agisce e i neuroni specchio*, Raffaello Cortina, Milano.
8. SCHORE, A., SIEGEL, S. (1999), *Right Brain Affect Regulation: An Essential Mechanism of Development, Trauma, Dissociation, and Psychotherapy*, tr. it. *La mente relazionale. Neurobiologia dell'esperienza interpersonale*, Raffaello Cortina, Milano.

Parole che plasmano il Sé: l'influenza dei proverbi nella costruzione dello stile di vita

LUISA ZACCARELLI

Summary – WORDS THAT SHAPE THE SELF: PROVERBS IN THE FORMATION OF THE INDIVIDUAL STYLE OF LIFE. Proverbs and idioms represent core elements of a community's linguistic and cultural heritage. Beyond their communicative function, they act as "symbolic condensers" of social norms, values, and expectations. This study explores the role of such expressions in shaping individual lifestyle according to Alfred Adler's Individual Psychology (1927). Adler argued that one's lifestyle forms early as a unique and subjective scheme through which the person interprets the world, acts, and adapts. In this scheme, linguistic messages received in early life-especially from emotionally significant figures-become embedded. Proverbs, being generalizing and non-negotiable statements, may function as implicit guiding beliefs, reinforcing feelings of inferiority or compensation, in line with Adlerian theory. Using a phenomenological-hermeneutic qualitative approach, 20 autobiographical narratives were collected via semi-structured interviews with adults (aged 30-60), focusing on proverbs internalized during childhood and their influence on thinking, choices, and relationships. Results revealed a clear polarity: proverbs with a cooperative and empowering value ("You reap what you sow", "United we stand") correlated with open, community-oriented lifestyles and resilient coping strategies. In contrast, fatalistic or devaluing proverbs ("A leopard can't change its spots", "He who praises himself gets no praise") were linked to rigid thinking patterns, pessimism, social withdrawal, and low self-efficacy. Importantly, many participants had never questioned these internalized sayings consciously, despite their pervasive influence. Revisiting these expressions in therapy led to increased awareness and, in some cases, initiated cognitive restructuring. The study confirms that proverbs function as internalized parental language [4] and proposes their clinical decodification as an Adlerian tool to access deep-seated beliefs and support self-determined change.

Keywords: PROVERBS, LIFESTYLE, INDIVIDUAL PSYCHOLOGY, ADLER, GUIDING BELIEFS

Abstract – PAROLE CHE PLASMANO IL SÉ: L'INFLUENZA DEI PROVERBI NELLA COSTRUZIONE DELLO STILE DI VITA. I proverbi e i modi di dire costituiscono elementi fondamentali del patrimonio linguistico e culturale collettivo. Oltre alla loro funzione comunicativa, rappresentano veri e propri "condensatori simbolici" di norme, valori e aspettative sociali. Questo studio si propone di esplorare il ruolo che tali espressioni rivestono nello sviluppo dello stile di vita secondo la prospettiva della psicologia individuale comparata di Alfred Adler (1927). Adler ha sostenuto che lo stile di vita si forma precocemente come schema soggettivo e unico attraverso il quale l'individuo interpreta il mondo, agisce e si adatta. In tale schema rientrano anche i messaggi linguistici ricevuti in età evolutiva, soprattutto se caricati di autorità affettiva (familiari, insegnanti, comunità di appartenenza).

I proverbi, in quanto asserti generalizzanti e non negoziabili, possono dunque agire come credenze guida implicite, contribuendo a rinforzare sentimenti d'inferiorità o di compensazione, in linea con le dinamiche descritte nella teoria adleriana. Attraverso un approccio qualitativo fenomenologico-ermeneutico, sono stati analizzati 20 racconti autobiografici raccolti mediante interviste semi-strutturate a soggetti adulti (30-60 anni), focalizzate sui proverbi interiorizzati nell'infanzia e sul loro influsso nel pensiero, nelle scelte e nella relazione con gli altri. I risultati mostrano una polarizzazione significativa: da un lato, proverbi con valenza contenitiva e cooperativa ("Chi semina raccoglie", "L'unione fa la forza") correlano con stili di vita aperti all'altro, con sentimenti comunitari più forti e strategie di coping resilienti; dall'altro, proverbi fatalisti, normativi o svalutanti ("Chi nasce tondo non può morir quadrato", "Chi si loda s'imbroda", "Meglio soli che male accompagnati") si associano a schemi rigidi, visione pessimistica di sé e del mondo, evitamento sociale e bassa autoefficacia. Il dato rilevante è che in molti casi queste convinzioni proverbiali non erano mai state messe in discussione a livello cosciente, agendo in modo silente ma pervasivo sul piano affettivo e comportamentale. La loro riattualizzazione in setting terapeutico ha permesso ai partecipanti, in alcuni casi, di riconoscerne la natura disfunzionale e iniziare un processo di ristrutturazione cognitiva. Lo studio conferma che i proverbi costituiscono una forma di linguaggio parentale internalizzato [4], e ne propone la decodifica come strumento clinico adleriano per accedere alle credenze profonde e favorire il cambiamento del Sé verso una maggiore coerenza e autodeterminazione.

Parole chiave: PROVERBI, STILE DI VITA, PSICOLOGIA INDIVIDUALE, ADLER, CONVINZIONI GUIDA

Introduzione

Oltre alla loro funzione normativa, i proverbi svolgono anche una funzione regolativa dell'esperienza emotiva. Essi non si limitano a dire "come stanno le cose", ma suggeriscono implicitamente "come ci si deve sentire" e "come si deve reagire" di fronte agli eventi della vita [11]. In questo senso, il proverbio agisce come una micro-narrazione condensata, capace di orientare il vissuto affettivo prima ancora che il pensiero riflessivo si attivi [6].

Nella prospettiva adleriana, tali messaggi linguistici vengono integrati all'interno dello stile di vita come linee guida precoci, spesso costruite in risposta ai primi vissuti di inferiorità e alle strategie di compensazione messe in atto dal bambino [1, 3]. Il proverbio, pronunciato da una figura significativa, può assumere il valore di una conferma implicita del posto che il soggetto occupa nel mondo e delle possibilità che gli sono consentite [2]. Proprio per questo, alcune espressioni proverbiali tendono a essere ricordate con particolare vividezza e a riattivarsi nei momenti di scelta, crisi o fallimento, fungendo da cornice interpretativa automatica [10].

I. Metodologia

L'utilizzo dell'intervista semi-strutturata ha consentito di favorire una narrazione libera e personale, lasciando emergere non solo il contenuto esplicito dei proverbi ricordati, ma anche il clima emotivo e relazionale in cui essi erano stati trasmessi [5].

Particolare attenzione è stata posta alle modalità con cui i partecipanti descrivevano l'uso dei proverbi da parte delle figure adulte: come ammonimento, come consolazione, come spiegazione della realtà o come chiusura del dialogo.

L'analisi tematica è stata orientata non solo all'individuazione dei temi ricorrenti, ma anche alla comprensione della funzione psicologica attribuita ai proverbi all'interno della storia di vita dei partecipanti [9]. Questo ha permesso di mettere in relazione le espressioni proverbiali con specifiche configurazioni dello stile di vita, evidenziando il loro ruolo nel sostenere strategie di adattamento, evitamento o compensazione [2, 3].

II. Risultati

Un elemento emerso con particolare chiarezza riguarda la funzione giustificativa assunta da alcuni proverbi nel corso della vita adulta. In diversi racconti, tali espressioni sembravano offrire una spiegazione semplice e definitiva a scelte di rinuncia, immobilità o isolamento relazionale, riducendo il conflitto interno legato al desiderio di cambiamento [10]. In questi casi, il proverbio agiva come una razionalizzazione culturalmente legittimata della rinuncia, rendendo meno dolorosa l'esperienza del limite personale [1].

Al contrario, nei soggetti che riportavano proverbi orientati al processo e alla cooperazione, tali espressioni sembravano funzionare come risorse simboliche a cui attingere nei momenti di difficoltà, sostenendo una lettura dinamica degli eventi e una maggiore tolleranza dell'errore [2, 6]. Il proverbio, in questi casi, non chiudeva il senso dell'esperienza, ma lo apriva a una prospettiva evolutiva.

III. Discussione

Questi risultati rafforzano l'ipotesi che i proverbi possano essere considerati come elementi costitutivi del linguaggio interiore, capaci di orientare la continuità narrativa del Sé [6, 10]. In linea con la psicologia individuale, essi contribuiscono a stabilizzare lo stile di vita, offrendo spiegazioni rapide e coerenti con le credenze guida già presenti [3].

Quando tali spiegazioni sono rigidamente ancorate a una visione fatalista o normativa dell'esistenza, il proverbio può diventare un ostacolo al cambiamento, rinforzando l'idea che ogni tentativo di differenziazione sia inutile o pericoloso [2]. In questo senso, il proverbio non è solo un contenuto cognitivo, ma un dispositivo relazionale interiorizzato, che riflette il clima affettivo e valoriale del contesto di origine [7, 8].

Il lavoro clinico consente di rendere visibile questa funzione implicita, trasformando il proverbio da "verità culturale" a prodotto storico-relazionale, e quindi potenzialmente modificabile [4, 9]. Tale passaggio rappresenta un momento cruciale nel processo terapeutico, poiché apre uno spazio di scelta là dove prima vi era solo adattamento automatico.

IV. Conclusioni

Alla luce di quanto emerso, i proverbi possono essere considerati veri e propri nodi simbolici nello sviluppo dello stile di vita. Essi contribuiscono a mantenere la coerenza interna del sistema di credenze, ma possono anche limitarne l'evoluzione quando restano sottratti alla riflessione consapevole [2, 3].

Nel lavoro terapeutico adleriano, la loro esplorazione permette di intercettare precocemente le linee guida che orientano il progetto di vita dell'individuo, offrendo un accesso privilegiato alle convinzioni profonde che sostengono il comportamento [1, 2]. La possibilità di rinegoziare tali enunciati consente di trasformare il linguaggio interiore da dispositivo prescrittivo a strumento intenzionale, favorendo una maggiore flessibilità, responsabilità e autodeterminazione [6, 9].

In conclusione, intervenire sui proverbi interiorizzati significa intervenire sul modo in cui l'individuo racconta a se stesso ciò che è possibile, lecito e desiderabile. In questo senso, la decodifica dei proverbi rappresenta un contributo clinico e teorico pienamente coerente con la tradizione della psicologia individuale, capace di integrare linguaggio, narrazione e progetto di vita in un'unica prospettiva di senso [3, 10].

Bibliografia

1. ADLER, A. (1908), *Der Aggressionstrieb im Leben und in der Neurose*, *Fortschritte der Medizin*, 26, 577-584.
2. ADLER, A. (1933), *Der Sinn des Lebens*, tr. it. *Il senso della vita*, Newton Compton, Roma 2012.
3. ANSBACHER, H. L., ANSBACHER, R. R. (1956), *The Individual Psychology of Alfred Adler*, tr. it. *La Psicologia Individuale di Alfred Adler*, Martinelli, Firenze 1997.
4. ASSAGGIOLI, R. (1973), *Psicosintesi*, Astrolabio, Roma.
5. BRAUN, V., CLARKE, V. (2006), Using Thematic Analysis in Psychology, *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101.
6. BRUNER, J. S. (1990), *Acts of Meaning*, Harvard University Press, Cambridge (MA).
7. COOLEY, C. H. (1902), *Human Nature and the Social Order*, Scribner, New York.
8. ELLENBERGER, H. F. (1970), *The Discovery of the Unconscious*, tr. it. *La scoperta dell'inconscio*, Boringhieri, Torino 1976.
9. GUIDANO, V. F. (1987), *Complexity of the Self*, tr. it. *La complessità del Sé*, Bollati Boringhieri, Torino 1991.
10. McADAMS, D. P. (1993), *The Stories We Live By*, tr. it. *Le storie che viviamo*, Bollati Boringhieri, Torino 1996.
11. MIEDER, W. (2004), *Proverbs: A Handbook*, Greenwood Press, Westport (CT).