ISSN 2284-0486

DIALOGHI ADLERIANI

OSSERVATORIO DI PSICOLOGIA INDIVIDUALE CONTEMPORANEA DELL'ISTITUTO ALFRED ADLER DI MILANO

Anno II, n. 4 Luglio-Dicembre 2015

EDITORIALE

Giuseppe Ferrigno — **Editorial** 3
Editoriale 4

STUDI E RICERCHE

Aladin — **Das empfohlene Treiberlein** 5
The Recommended Little Beater 7
Il piccolo braccatore raccomandato 10

Giuseppe Ferrigno — **Alfred Adler, aka Aladin, and His Social Commitment** 13
Alfred Adler, ovvero Aladin, e il suo impegno nel sociale 20

Michael Titze — **The Significance of the Paradoxical Effect in Adlerian Psychotherapy** 26
Il significato dell'effetto paradossale nella psicoterapia adleriana 38

Anne-Marie Mormin — **Aux confins de l'attachement et du lien social: le *Gemeinschaftsgefühl*** 48
Ai confini dell'attaccamento e dei legami sociali: il *Sentimento di Comunità* 59

Pietro Algisi — **Group Therapy: the Group Setting as a Laboratory of Social Interest and Courage** 69
Terapia di gruppo: il setting gruppale come laboratorio del sentimento sociale 85

CASI CLINICI

Rossella Ardenti — **Transsexuality and Sexual Identification: an Adlerian Study through Rorschach Test** 99
Transessualità e identificazione sessuale: uno studio adleriano attraverso il test di Rorschach 120

ARTE E SOCIETÀ

Natascia Podio — **La "finzione" in Pirandello: fra "realtà" e "rappresentazione"** 138

CONFRONTI

Eugenio Borgna — **The Experience of the Disease, and Its Rebirth** 146
L'esperienza della malattia, e la sua rinascita 150

Federica Facchin — **La malattia della speranza. Per una clinica del legame violento** 154

INCONTRI E INTERVISTE

Giuseppe Ferrigno — **Interview with Silvia Vegetti Finzi** 163
Intervista a Silvia Vegetti Finzi 166

IN LIBRERIA 169

APPUNTAMENTI 173

DIALOGHI ADLERIANI

DIRETTORE RESPONSABILE

Giuseppe Ferrigno

COMITATO DIRETTIVO

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

COMITATO SCIENTIFICO INTERNAZIONALE

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

COMITATO DI REDAZIONE

Simona Brambilla, Roberto Callina, Monica Giarei.

DIREZIONE E SEGRETERIA

Giuseppe Ferrigno
Via della Marna, 3 - I-20161 Milano
E-mail: ferrigno.giuseppe@fastwebnet.it

Copyright@2015 - Editore “Istituto Alfred Adler di Milano” - Rappresentante legale Alberto Mascetti
Proprietà letteraria riservata. È vietata la riproduzione anche parziale senza il consenso del Direttore.

Registrazione del Tribunale di Milano n. 402 del 20.12.2013
Traduzioni in inglese a cura Liliana Bo e Ida Ferrigno - Composizione: Liberty s.a.s. - Via Palermo, 15 - 20121 Milano

EDITORIAL

Giuseppe Ferrigno

Dear Readers,

I am happy to regale you with three gifts of exceptional value.

First of all, in the opening section you will have the chance to read a very precious and historically important unpublished work signed by Aladin, both in the original German version and the English and Italian translations. As you may have already guessed, Aladin is the pseudonym used by Alfred Adler when he used to write for the Workers' Viennese Socialist newspaper "Arbeiter-Zeitung" in 1897.

Secondly, Silvia Vegetti Finzi kindly gave a passionate and insightful interview to "Dialoghi Adleriani": we know that Silvia Vegetti Finzi's personal narrative has always been characterized by her constant intellectual work and her widespread social commitment for the rights of women, children, teenagers and the elderly.

Silvia Vegetti Finzi has been an encouraging supporter of the Adlerian initiatives and she is currently a member of the "International Scientific Committee" of "Dialoghi Adleriani" magazine. We cannot forget her work on the theory and history of psychoanalysis, published in 1986 by Oscar Mondadori Publisher, "History of Psychoanalysis. Author, Works, Theories. 1895-1990", a book that broke up the monopoly of Jungian and Freudian schools. This influential book has played a pivotal role in the education of generations of psychologists. Besides, Silvia Vegetti Finzi taught "Dynamic Psychology" at the Department of Philosophy of the University of Pavia from 1975 to 2005.

Thirdly, "Dialoghi Adleriani" offers the readers a delicate and vigorous article, a powerful and insightful, deep and light example of prose and poetry: the article has been donated to "Dialoghi Adleriani" magazine by Eugenio Borgna, an inspired cantor of a humanized Medicine and Psychiatry; his Medicine and Psychiatry tend to the art of listening, the infinite dialog with the wounds of the soul and the body of the patient. Science reaches out to the relationship with the patient and aims at reconciling the needs of *rapid time* for the diagnosis, and *long time*, Agostinian time, the inner time that every patient needs when they need help and understanding of their pain and dignity: the most appreciated gifts are the "silent and discreet" ones that stem from a "friendship *a priori*".

Enjoy your reading
Giuseppe Ferrigno

EDITORIALE

Giuseppe Ferrigno

Cari Lettori,

sono molto lieto di offrire alla vostra lettura tre doni di eccezionale valore.

In primo luogo, potrete leggere, in apertura, un inedito molto prezioso dal punto di vista storico, firmato Aladin, sia nella versione originale tedesca sia nelle rispettive traduzioni in inglese ed in italiano. Aladin – lo avrete capito – è lo pseudonimo con cui Alfred Adler nel 1897 firmava gli articoli che scriveva per il giornale socialista viennese per i lavoratori "Arbeiter-Zeitung".

In secondo luogo, Silvia Vegetti Finzi ha rilasciato gentilmente a "Dialoghi adleriani" un'intervista bellissima e appassionata: sappiamo che la storia personale di Silvia Vegetti Finzi si caratterizza per il costante lavoro intellettuale e per il capillare impegno sociale sul fronte dei diritti delle donne, dei bambini, degli adolescenti, degli anziani. Da tanti anni Silvia Vegetti Finzi è sostenitrice incoraggiante delle iniziative adleriane ed è attualmente membro del "Comitato Scientifico Internazionale" della rivista "Dialoghi adleriani". Non possiamo non ricordare il libro di teoria e storia della psicoanalisi, pubblicato nel 1986 dalla casa editrice Oscar Mondadori, con il titolo "Storia della psicoanalisi. Autori opere teorie 1895-1990", libro che ha rotto il monopolio esercitato dalle scuole freudiana e junghiana. Su questo testo si sono formate, e tuttora si formano, generazioni di psicologi. Silvia Vegetti Finzi, inoltre, ha insegnato "Psicologia dinamica" presso il Dipartimento di Filosofia dell'Università di Pavia, dal 1975 al 2005.

In terzo luogo, "Dialoghi adleriani" regala ai Lettori un articolo vigoroso e delicato insieme, possente e suggestivo, profondo e leggero, in quanto sintesi di prosa e di poesia: l'articolo è stato donato appositamente alla rivista "Dialoghi adleriani" da Eugenio Borgna, ispirato cantore di una medicina e di una psichiatria umanizzate che, rivolte all'ascolto, alla relazione, al dialogo infinito con le ferite dell'anima e del corpo del paziente, tendono costantemente a conciliare le esigenze del *tempo rapido*, con cui si giunge alla diagnosi, e del *tempo lungo*, del tempo agostiniano, del tempo interiore, di cui avrebbe bisogno ogni paziente per sentirsi aiutato, e compreso nel suo dolore e nella sua dignità: i doni più apprezzati sono quelli che "silenziosi e discreti" scaturiscono da un'"amicizia a priori".

Buona lettura

Giuseppe Ferrigno

Arbeiter-Zeitung - Das empfohlene Treiberlein Wien, 19 August 1987

Feuilleton - Aladin

Seite 4 Wien, Donnerstag Arbeiter-Zeitung. 19. August 1897 Nr. 228

muß schwimmen die Kreuz und Quer, einen halben Tag lang, bis endlich die Nacht über ihn ihren schützenden Mantel breitet und er unbemerkt ans Land steigen kann. Hierauf rennt er, was ihn die Füße tragen können, nach der Stadt, sucht schleunigst seine Kneipe auf und erzählt bei einem herzhaften Trunk sein Erlebniß. — Wahrlich, solches liest man alle Tage. Wozu brauchen wir in den Hundstagen noch eine Seeschlange? Die „halbtodt" geschlagenen Tschechen und Deutschen ersetzen ja das fabelhafte Ungethüm des Meeres aufs prächtigste.

* **Das Geheimniß des Meisters.** Nach 10 Uhr Abends Auf dem weiten Platze ist's still geworden. Die Leute haben sich in ihre Wohnungen zurückgezogen. Doch die Fenster bleiben offen, weil man die frische, kühle Nachtluft einfangen will. Der Mann, der in Begleitung eines anderen auf sein Heim lossteuert und mit erregter Stimme auf ihn einredet, scheint keine Ahnung davon zu haben, daß fast aus jedem Fenster ein Kopf hervorschaut; denn sonst würde er wohl nicht das, was er seinem Gegenüber eindringlich als ein Familiengeheimniß bezeichnet, selber in die Nacht hinausrufen. — „Weißt, Jakob," spricht er, vor der Thür seines Wohnhauses innehaltend, „weißt, Jakob, das hast du zu Fleiß gethan, ich laß' mir's nicht ausreden. Ich hab' dich immerfort von der Red' abbringen wollen, du sollst nicht meine Familiengeheimnisse im Wirthshaus preisgeben, aber 's Reden war dir halt lieber, hast dich gefreut, daß du was von mir erzählen kannst. Müssen die dort wissen, daß ich oft in der Woche keine zwei Gulden verdien'? Ich hab' immer g'sagt: fünfzehn, zwanzig Gulden verdien' ich bei meinem Schusterhandwerk wie nichts! Geht ja niemanden was an. Freuen sich eh' alle, wenn's einem Meister schlecht geht. Der eine Kerl dort, der so viel g'lacht hat, wär' froh, wenn er so viel hätt' wie ich — 's war dir halt recht, daß du mich hast vor ihm in Verlegenheit bringen können! Und was geht dich meine Alte an? Das gehört nicht ins Wirthshaus! Zum Teufel, was geht dich meine Alte an? Ich sag' dir, das gehört nicht ins Wirthshaus! Du weißt, Jakob, 's hat dich damals kein Mensch in Arbeit nehmen wollen — — ich mein', es ist nicht schön, daß du dich jetzt auf meine Kosten patzig machst. Ich leb' ja ganz gut mit meiner Alten, seit zwölf Jahren leb' ich gut mit ihr — daß wir streiten und ich ihr ein Wort geb' und sie mir zwei zurückgibt, das ist doch nicht Schlechtes! Aber ins Wirthshaus gehört's nicht! Ein falscher Kerl bist du! Hast auch gleich sagen müssen, daß ich dir den Lohn schuldig bleib'! Daß du's weißt: 's schickt sich nicht, vor fremden Leuten so zu reden! Ein miserabler Mensch bist du! Ein Hundsfott bist du! Jetzt red' ich auf dich ein und du aibst keine Antwort. Weil du ein schlauer Fuchs bist! Weil du nichts reden kannst! Spotten kannst du, verstehst, sticheln kannst du, sonst nichts!" — Eine vor Wuth bebende Stimme von oben: „Geh', Guten Abend, ich bring' dich um! Alle Leute hören zu! Ich könnt' dich umbringen vor Gift und Zorn!" — Jakob grüßt hinauf: „Guten Abend, Frau Doleschal!" — Der Meister: „Ah! du K . . . . . , schläfst noch nicht? Willst schon wieder anfangen? Aber da soll dann gleich . . .! Marsch ins Bett! Ins Bett, sag' ich! Oder . . .!" — Stimme von oben: „'s ganze Haus lacht dich aus! Schäm' dich!" — Der Meister: „Mir scheint, du hast wieder deine Träume! Alles schläft. Ich seh' keine Seele. Aber du willst schon wieder anfangen. Gibt mir denn das Weib keine Ruh'? Ich red' da mit meinem Gesellen, alles ist gut, kein Mensch hört's. Ich seh' keinen Menschen. Jakob, siehst du einen Menschen?" — Gekicher an mehreren Fenstern. — Plötzlich veränderte Situation. Kein Wort mehr. — Anläuten, ins Haus gehen. Basta. — Wie mit der Scheere abgeschnitten ist die nächtliche Unterhaltung, die übrigens — dies nebenbei gesagt — keine weiteren Folgen hat, nicht einmal die, daß der Herr Meister künftighin seinen Gesellen ordentlich auszahlt.

* ***Aus der Pariser „Attentats"fabrik.*** Der Präsident der französischen Republik, Herr Faure, ist schon wieder einmal über eine Straße gefahren, in der nachher eine „Detonation" erfolgte. Als er nämlich gestern, im Begriffe, seine russische Reise anzutreten, den Boulevard Magenta passirt hatte, wurde dort in der Nähe eines Kiosks ein Knall gehört, und es stellte sich heraus, daß eine etwa 30 Zentimeter lange Tube explodirt war, die jemand in einem kleinen leerstehenden Geschäftsraume an der Ecke des Boulevard Magenta und der Rue Lafayette niedergelegt hatte. Einige Papierstücke, die man auffand, trugen die Inschrift: „Es lebe die Freiheit! Es lebe Polen!" Entweder hat es sich bei diesem „Attentat" um eine kindische Demonstration gehandelt oder war es wieder einer jener Polizeiwitze, die nachgerade schon langweilig werden. Hoffentlich schließt Herr Faure damit seine diesjährige Attentatskampagne ab. Die Saison ist ohnedies schon vorgerückt, und man wird jetzt in Frankreich das Pulver für die Herbstmanöver brauchen.

* **Wieder ein Eisenbahnunfall.** Die Serie der Eisenbahnunfälle, die sich in den letzten Tagen ereigneten, erfährt fast täglich eine Erweiterung, man kann fast schon sagen, kein Tag ohne Eisenbahnunglück. Vorgestern hat es wieder in Tirol auf der Strecke zwischen Blumau und Bozen eine Zugsentgleisung gegeben, die arg genug ausfiel, indem drei wackere Eisenbahner schwere Verletzungen davontrugen, die aber ohne das Walten günstiger Zufälle den Umfang einer großen Katastrophe angenommen hätte. Die Entgleisung erfolgte in dem Augenblick, als der Zug aus dem Blumauer Tunnel ausfuhr. Sie wurde verursacht durch einen Felsblock, der von der Berghalde auf das Geleise herabgerollt war. Die Lokomotive, der Tender und drei Wagen stürzten über die Höhe der Böschung auf die Eisenstraße, die übrigen Waggons blieben im Tunnel stehen. Von den abgestürzten Waggons sind zwei demolirt. Der Maschinenführer Nedved, ein Heizer, ein Maschinist und der Postoffizial erlitten schwere, ein Polizeikondukteur und einige Passagiere erlitten leichte Verletzungen. Die übrigen Insassen des Zuges kamen mit Kontusionen davon. Von Bozen gingen zwei Hilfszüge mit Aerzten, Feuerwehr und Militär nach der Unglücksstätte ab. Eine tausendköpfige Menge umstand den Bahnhof und erwartete ihre Rückkehr. Der Verkehr war gestört, doch nur für kurze Zeit, denn nach Beseitigung des Geleises wurde er gestern Vormittags wieder aufgenommen. Der Felsblock, der das Unglück verursachte, hat ein Volumen von neun Kubikmeter. — Abends wird uns gemeldet: Der bei dem Eisenbahnunglück nächst Blumau verwundete Postkondukteur Meßner ist seinen Verletzungen erlegen. Postoffizial Frank ist nicht schwer verletzt. Dem Heizer Zuchelli, der unter die Maschine gerathen war, mußte ein Fuß amputirt werden. Maschinenführer Nedved ist schwer verbrüht. Eine Frau erlitt einen Knöchelbruch, einige Passagiere leichte Kontusionen. Der Verkehr wurde Mittags über den Unfallsort wieder aufgenommen.

* **Achtung!** Sozialdemokratische Gewerbetreibende und Kaufleute treffen sich heute (Donnerstag) um 8 Uhr Abends in Kölbl's Gasthaus „zum Nußdörfel", II. Kleine Pfarrgasse Nr. 8.

* **Todesfall.** Gestern Nachmittags starb im Alter von 35 Jahren Genossin Marie Neumann, die Frau des Genossen Viktor Neumann, Ofenmanipulationsvertreter der Ortsgruppe X der Eisen- und Metallarbeiter, in Folge einer Operation. Das Leichenbegängniß findet Freitag Nachmittags um ½4 Uhr statt. Das Trauerhaus befindet sich im X. Bezirk, Simmeringerstraße Nr. 156.

* **Die Sonntagsruhe im Handelsgewerbe.** Heute (Donnerstag) 7 Uhr Abends erscheint eine Extraausgabe der „Handlungsgehilfen", in der die neuen Sonntagsruhebestimmungen erläutert werden. Die Extraausgabe wird in der Redaktion des „Handlungsgehilfen", I. Niemergasse Nr. 13, gratis verabfolgt.

Spenden. Für „ein armes Kind" sind bei uns eingelangt: Von Frau Dedecek, XVII. Bezirk, 1 fl., von einem Abonnenten in Baden 2 fl., von einem Ungenannten 20 kr., von den Bäckerinnen des Kaiserbades 1 fl. 50 kr., Steinmetze vom Burghan 2 fl. 60 kr., zusammen 7 fl. 30 kr. — Für Frau Ertel sind uns von Frau K. Müller 20 fr. zugekommen. Wir haben die Spenden ihrer Bestimmung zugeführt.

* **Ein Kaplan als Verführer.** Ein, wie die Blätter sagen, „mysteriöser" Fall, dessen Thatbestand in Wirklichkeit aber sehr durchsichtig ist, beschäftigt gegenwärtig ungarische Gerichtsbehörden. Es handelt sich um den unter überaus verdächtigen Umständen erfolgten Tod der 17jährigen Erzieherin Charlotte Lahr, der Tochter eines angesehenen Kaufmannes in Kaiserslautern. Fräulein Lahr, das in Arad starb, war früher in Naab und knüpfte dort, wie aus hinterlassenen Briefen hervorgeht, intime Beziehungen zu einem Kaplan an, die nicht ohne Folgen blieben. Um diese zu beseitigen, wurden unerlaubte Abtreibungsmittel angewendet, die, wie es scheint, den Tod der Verführten zur Folge hatten. Ihr Geliebter, ein Angehöriger des Minoritenordens, ist bereits ausgeforscht und die intervenirende Hebamme verhaftet worden. Es steht so ziemlich fest, daß diese beiden Personen an dem Verbrechen des Mädchens theilgenommen und dessen Tod mitverschuldet haben. Heute wird die Leiche des Fräuleins Lahr exhumirt und obduzirt werden.

* **Selbstmordversuch.** Der 47jährige Hausbesorger Peter K. jagte sich gestern Früh in seiner Wohnung, IV. Henmühlgasse, eine Kugel in die rechte Schläfengegend und verletzte sich lebensgefährlich. K. wurde von Aerzten der Freiwilligen Rettungsgesellschaft transportfähig gemacht und in das Wiedener Spital gebracht. Ein Lungenleiden ist das Motiv des beabsichtigten Selbstmordes.

* **Explosion eines Postkollo.** Gestern Nachmittags explodirte vor dem Postamte in VII. Bezirk, Stiftgasse Nr. 13, ein Kollo, das eben auf einen Postwagen verfrachtet werden sollte. Hiebei kam es weder zu körperlichen Beschädigungen noch zu Beschädigungen von postalischem Gute. Das betreffende Kollo, das 5 Kilogramm und 600 Gramm schwer war, enthielt nach den gepflogenen Erhebungen Feuerwerkskörper, die von dem Geschäftsdiener Franz Allmann, zu Lipotz in Mähren geboren, 47 Jahre alt, verheiratet, VII. Kirchbergasse Nr. 8 wohnhaft und bei der Firma Eduard Bitte, VI. Magdalenenstraße, bedienstet, aufgegeben wurden und fälschlich als Papierwaaren deklarirt waren. Die Feuerwerkskörper kamen vermuthlich durch einen starken Stoß bei der Verfrachtung zur Explosion. Gleichzeitig mit diesem Frachtstücke hatte Allmann noch fünf andere Sendungen aufgegeben, die ebenfalls Feuerwerkskörper enthielten. Allmann will diese Feuerwerkskörper bei dem Pyrotechniker Georg Weinberger, VI. Stumpergasse Nr. 65 gekauft und ohne Wissen Weinberger's und seines Chefs abgesendet haben. Inwieweit diese Angaben der Wahrheit entsprechen, wird durch die eingeleiteten Erhebungen festgestellt werden. Die erwähnten Kolli wurden von der Weiterbeförderung durch die Post ausgeschlossen und sichergestellt. Eine Strafamtshandlung ist eingeleitet worden.

* **Veruntreuung.** Der 35jährige Platzagent Adolf Klapy wurde vorgestern verhaftet, da er seinem Chef, dem Lederhändler Siegmund Köfler, im Laufe der letzten vier Wochen einkassierte Beträge in der Höhe von 1550 fl. unterschlagen hat. Klapy, der das Geld in der Lotterie verspielt hat, wurde dem Landesgericht eingeliefert.

* **Jugendliche Einbrecher.** Der 14jährige Handlungspraktikant Karl Mai und der 17jährige Hilfsarbeiter Franz Kromler wurden Dienstag Nachts von Sicherheitswachmännern in dem Augenblick verhaftet, als sie aus dem Geschäftslokal des Konfektionswarenhändlers Stuchly, V. Steinbauergasse Nr. 23, nach Erbrechen der Thür Lebensmittel fortschaffen wollten. Die jugendlichen Einbrecher sind dem Landesgericht eingeliefert worden.

* **Vermißt.** Am 12. Mai d. J. ist der 73jährige, fast erblindet gewesene Hammerschmied Johann Konold aus Kirchberg am Wechsel nach Wien gereist. Am 15. Mai suchte er im Allgemeinen Krankenhause um Aufnahme an, fand sie jedoch nicht und ist seither vermißt. — Ein Mann, der sich Anton Mayer, Pensionist aus Linz, 60 Jahre alt, nannte, wiethete sich am 5. d. im Hotel Fuchs, XV. Schönbrunnerstraße Nr. 12, ein. Am 8. d. verschwand er unter Nücklassung seiner Effekten und eines Briefes, in dem er mittheilt, daß die Effekten zur Begleichung der Rechnung und der Ueberschuß für das Personal verwendet werden möge, da er nicht mehr zurückkomme. — Am 31. Juli wurde der 39jährige Anton Zickl von seinem Posten als Hausmeister bei Steyrer in Langenzersdorf entlassen. Seither wird er vermißt. Sein Vater, der Bauer Anton Zickl am Bisamberg, erhielt von ihm einen Brief mit dem Poststempel Landstraße, in dem er ihm mittheilt, daß er sich das Leben nehmen werde.

* **Abgängig.** Der 11 Jahre alte Ferdinand Muckenschnabel, im II. Bezirk, Rauschenstraße Nr. 17, Thür 47 wohnhaft, ist seit 3. d. abgängig. Der Knabe ist klein, schwach, blond, trägt weißes Hemd, schwarze Hose, braunes Gilet, grauen Rock, keine Kopf- und Fußbekleidung und spricht deutsch.

* **Wetterbericht.** Heiter, trocken und warm.

* **Aus der Klinik.** Professor (seinen Hörern einen Patienten vorstellend): Sie sehen, daß der rechte Fuß des Patienten kürzer ist als der linke, und daß er in Folge davon hinkt. Was würden Sie nun in einem solchen Falle thun? — Ein Hörer: Ich würde auch hinken!

Gerichtssaal.

(**Die Schuld des Elends.**) Die Einspännersgattin Agnes Seethaler befand sich kürzlich in der Küche, mit einer häuslichen Arbeit beschäftigt, als plötzlich von der Straße herein Lärmen und Rufen an ihr Ohr drang. Erschreckt eilte sie aus

Feuilleton.

Das empfohlene Treiberlein.

Wer hätte ahnen können, daß das schlichte Haus in der abgelegenen Gasse so rasch zu einer Sehenswürdigkeit heranwachsen werde? Kam doch kein Fremder mehr in die Stadt, dem man nicht die Besichtigung der kleinen Krankenanstalt als lohnend empfahl.

Vor Jahren freilich dachte kein Mensch an die Charité. Da war sie ein schlecht besuchtes Krankenhaus, an das man sich nur erinnerte, wenn man sich einen Zahn ziehen lassen wollte. Oder es kamen kleine Kinder hin, wenn sie Verstopfung oder rothe Augen hatten. Und alles war jetzt anders geworden. Ja, der neue Direktor, der wußte, wie man's anpacken müsse. Vor allem verlangte er die Restaurirung des Gebäudes. Dazu hatte man kein Geld. Lange zerbrach sich Direktor Schliesmann den Kopf — endlich hatte er das richtige Mittel gefunden. In einer feierlichen Generalversammlung saßen die Vorstände der Krankenabtheilungen und ließen sich die Idee des Herrn Direktors auseinandersetzen. Der Redner sprach von Bittschriften an bekannte Wohlthäter aus der bürgerlichen und Adelswelt. „Nun, man kann's versuchen," dachten die Kollegen. Dann sprach er von dem dürftigen und unscheinbaren Aussehen des Krankenhauses. „Wo will er denn hinaus?" flüsterte man sich zu. Zum Dank sollten an der Vorderfront des Hauses Büsten der edlen Spender in künstlerischer Ausführung angebracht werden. Man horchte gespannt hin. „Damit," fuhr der Redner fort, „ist in mehrfacher Hinsicht eine Besserung angebahnt. Unser Heim gewinnt an Schönheit, der leichte und neue Reiz wirkt auf die Wohlthäter von Stadt und Land, und unsere Beziehungen zur reichen Klientel werden bessere." Einstimmiger, würdevoll applizirter Beifall, und die Idee wird zum Beschluß.

Die erste Serie von Briefen blieb erfolglos. Es kam zwar eine Geldsendung von 500 Mark, aber von einem „ungenannt sein wollenden" Wohlthäter. „Wenn wir nur die erste Büste droben haben," sagte der neue Direktor und sah sinnend in die Ferne. Die Kollegen verloren sichtlich den Respekt, gute Freunde bohnlächelten ganz offen.

Zum Glück fiel ihm der eitle Graf T. ein. Dem entdeckte sich der Direktor. T. willigte im Interesse der guten Sache ein. „Wie gesagt, betrachten Sie meine Zustimmung als ein Opfer, nur als ein Opfer," rief er dem freudig Davonstürmenden nach. Jetzt wurde steißig gearbeitet, und nach einigen Wochen stand die erste Büste oberhalb eines Fensters im Erdgeschoß. Graf T.'s Büste war von erschütternder Aehnlichkeit. Die Zeitungen sprachen von dem bekannten Wohlthäter Grafen T. und lobten den Künstler, der sich bereit erklärt hatte, die erste Büste unentgeltlich anzufertigen.

Jetzt kamen auf einmal Spenden. Mit jeder neuen Spende flieg der Direktor in der Achtung seiner Kollegen. Der war jetzt den ganzen Tag beschäftigt, den Wohlthätern den Dank der Charité abzustatten. Nirgends wollte man noch von den Büsten gehört haben; nur den dringenden Bitten des geschätzten Primarius und Direktors gab man nach und versprach, den reizenden Plan nicht zu stören.

Bald waren alle möglichen Plätzchen und Eckchen des Erdgeschosses durch die kleinen Büsten wohlthätiger Zeitgenossen eingenommen. Der Herr Direktor lenkte seine Blicke zum ersten Stockwerk und seinen Fenstern. Zwei Büsten waren schon wieder der Vollendung nahe, des Grafen Diemir und des Bankiers Deinesmeines. Nächster Tage sollten sie die zwei ersten Fenster des ersten Stockwerks zieren.

„Ich höre," wendete sich Süßwasser, Primar der Nasenabtheilung, an den Direktor, „daß nächstens Graf Dirmir neben dem Emporkömmling Deinesmeines seinen Platz bekommen soll. Ich kann das nicht zugeben. Anläßlich der Behandlung seines Leibkutschers machte ich voriges Jahr die Bekanntschaft des hochgebildeten Herrn Grafen, der mich in seine Ansichten ein wenig Einblick nehmen ließ. Wie gesagt, wir könnten da Unannehmlichkeiten haben. Zudem besitzt Graf Dirmir das Ohr der Regierung." „So? Meinen Sie? Aber das muß ja rasch in Ordnung gebracht werden!" Und der Herr Direktor ging grübelnd nach Hause.

Nächsten Tages fand sich bald der geschäftige Süßwasser wieder ein. „Nun, Herr Kollega, was ist zu thun?" „Aber ganz einfach, lieber Süßwasser, Deinesmeines bleibt auf seinem Platze, Graf Dirmir, da er doch das Ohr der Regierung besitzt, bekommt den Ehrenplatz oberhalb des Portals." Triumphirend lächelte der Direktor und ging zur Ordination in seine Abtheilung. Etwas kläglich blickte ihm Kollege Süßwasser nach. — So kam Graf Dirmir zu seiner Sonderstellung.

Nun besaß der Graf neben dem Ohr der Regierung auch noch eine Portion Weltklugheit. Und da er selbst von strotzender Gesundheit war, zudem den Doktoren abhold, suchte er unter seinem Gesinde, wen er wohl zur Behandlung in die Charité schicken könnte. Da war nun auf dem Gute des Grafen ein altes Treiberlein, dem vor langer Zeit eine Schrotladung ins linke Auge geschossen worden war. Er war in Folge der Jahre schon krumm und gebrechlich und klagte gern über allerhand Beschwerden. So peinigte ihn seine Nase, sein Kropf, den er schon zwei Menschenalter trug, und wenn er den alten Weibern des Gutes seine Leiden klagte, vergaß er nie, sein erblindetes Auge wild herumzuwerfen, was das Mitleid mit dem armen Josef immer beträchtlich steigerte. Diesen Mann beschloß der Graf als Unterpfand seiner Freundschaft an die Charité zu schicken, und Josef machte sich trotz seiner sechzig Jahre auf den Weg, um vielleicht durch eine kleine Operation seine Leiden zu bessern.

Mit großem Behagen nahm Schliesmann den Brief des Grafen entgegen. Nachdem er erst den Inhalt durchgeflogen hatte, las er den Unterärzten und den wartenden Patienten das Schreiben „unseres hochgeehrten Gönners" vor. Der Graf schrieb: „Geschätzter Herr Primarius! Ueberbringer dieses ist vor zwanzig Jahren durch des Schicksals Fügung um sein linkes Auge gekommen. Ich setze in Ihre Kunst ein so unbegrenztes Vertrauen, daß ich hoffe, es werde Ihnen gelingen, den Mann von seinen übrigens geringen Beschwerden zu befreien. Zu besonderem Danke würden Sie mich verpflichten, wenn Sie wegen des gleichfalls geringfügigen Nasen- und Kropfleidens die wir bestens bekannten Vorstände Ihrer Nasen- und Kropfabtheilung mit dem Mann bekanntmachten. Mit vorzüglicher Hochachtung Dirmir."

„Ein schwieriger Fall, meine Herren," sprach Schliesmann nach sorgfältiger Untersuchung. „Sie kennen meinen Grundsatz, in

Zimmerfenster und bemerkte unten auf der Straße ihr zweieinhalbjähriges Kind, das durchs Fenster gestürzt war und sich eine schwere Verletzung zugezogen hatte. Die Mutter hatte sich deshalb vor dem Bezirksgerichte Ottakring wegen Vernachlässigung der Obsorge zu verantworten. Die Angeklagte gab unter heftigen Schluchzen an, sie könne sich zur Beaufsichtigung der Kinder niemanden halten, denn das Geschäft des Mannes ernähre sie nur nothdürftig. Als sie sich am 6. Juli nur für einen Augenblick aus dem Zimmer entfernte, um zum Mittagessen zu schauen, habe die Kleine einen Sessel ans Fenster gerückt, sei hinaufgestiegen und sodann hinuntergefallen. „Mein Gott, Herr kaiserlicher Rath, man kann doch nicht immer bei die Kinder sein," bemerkte sie vertheidigend. — Richter: Wie viel Kinder haben Sie denn? — Angekl.: Zehne, Herr kaiserlicher Rath, und alle sind klein. — Angesichts dieses Sachverhaltes erklärte der staatsanwaltschaftliche Funktionär Dr. Ritschanek die Anklage zurückzuziehen, weshalb der Richter die Angeklagte freisprach.

(Der verschwundene Farbentopf.) Der Anstreichergehilfe Karl Wobotka war am 1. Juni d. J. nicht wenig erstaunt, als ihm bei seiner Arbeit in dem Hause Liechtensteinstraße Nr. 100 im IX. Bezirk seine Farbentöpfe weggekamen. Er suchte sie im ganzen Hause, ohne sie finden zu können, endlich sah er in der Wohnung des Ferdinand Bartek mehrere Möbelstücke, die mit seiner Farbe frisch angestrichen waren. Dieser Anblick brachte ihn in begreifliche Erregung, und er ließ sich zu Beschimpfungen gegen Bartek hinreißen. Gestern stand er in Folge Anklage Bartek's vor dem Strafrichter des IX. Bezirkes, Adjunkten Dr. Schutz, vor dem er den Vorgang in folgender Weise erzählte: „Wissen S', Herr kaiserlicher Rath, mi hat die G'schicht' damisch gift, denn wann mir der Bartek a'sagt hätt', i soll' ihm a Farb' geb'n, i hätt's ja gern than, aber wie mir meine Farbenbüxerl fehlen, hab' i im ganzen Haus a'sucht, ja den Boden hab' i mir aufsperren lassen, nirgends war'n s', da hab' i am Gang die Möbeln vom Bartek a'fig'n, wie s' es grad' 'naustrag'n haben. Drei Sessel, a paar Bänk', einen Küchentisch, einen Küchenkasten und einen Schreibtisch haben die Leute mit meiner Farbe angestrichen, für die ich halten muß. Da bin ich halt aufgeregt word'n und hab' hineing'schrien: So eine Diebshande, das will ein Christ sein, so ein Betbruder, in der einen Hand halt' er den Rosenkranz, und mit der andern geht er stehlen, und so einen machen s' zum Obmann von an christlichsozialen Arbeiterverein. Ich kann's beweisen, Herr Richter, daß Bartek mir die Farbe gestohlen hat." — Der Vertheidiger des Angeklagten, Dr. Karl Ornstein, gibt die Erklärung ab, es sei wegen dieses Diebstahles die Anzeige erstattet und hierüber die Strafverhandlung bereits angeordnet worden, weshalb der Richter die Verhandlung vertagte, um das Resultat dieser Verhandlung abzuwarten, da im Falle einer Verurtheilung Bartek's der Wahrheitsbeweis erbracht und Wobotka straflos würde.

(Aus dem Humanitätsverein „Aurora".) Wenn man die Anpreisungen der verschiedenen „Wohlthätigkeits"-Vereine liest, würde man glauben, sie seien zum Segen ihrer Mitglieder entstanden; gewinnt man aber einen Einblick in ihr inneres Getriebe, so sieht man, daß vieles faul ist und die Statuten eigentlich nur da sind, um die Mitglieder zur Einhaltung ihrer Verpflichtungen zu verhalten, daß ihre Rechte aber sehr wenig geschützt sind. Da ist zum Beispiel der Humanitätsverein „Aurora", der seinen Sitz in der Alserstraße hat und unter der Leitung des Obmannes Karl Glöckner steht. Die Statuten dieses Vereines sichern den Mitgliedern im Erkrankungsfalle unentgeltliche ärztliche Behandlung und Arzneien sowie wöchentliche Unterstützungen zu. Der Tischlergehilfe Anton Fanta trat am 1. November 1895 dem Verein als Mitglied bei und verblieb darin bis 27. März 1897. Der Verein schuldet ihm an zu wenig bezahlten Unterstützungsgeldern den Betrag von 22 fl. 84 kr. Sein Vertreter, Dr. Karl Ornstein, brachte deshalb beim Bezirksgericht Alsergrund die Klage ein. Bei der Verhandlung gab aber der Herr Bezirksrichter eine sonderbare Anschauung zum besten. Er erklärte, das Klagebegehren wegen Inkompetenz zurückweisen zu müssen, mit der Begründung, daß über die Beschwerde Fanta's nicht das Gericht, sondern nach den Statuten das Schiedsgericht der „Aurora" zu entscheiden habe. Dr. Ornstein ergriff nun die Berufung an das Oberlandesgericht, in der er ausführte, daß sein Klient, nachdem er nicht mehr Mitglied des Vereines „Aurora" sei, sich nicht dem Spruche des Schiedsgerichtes zu unterwerfen habe, daß die Angelegenheit der Judikatur des ständigen Gerichtes unterliege. Wie richtig diese Anschauung war, beweist die nun erfolgte Entscheidung des Oberlandesgerichtes, das aus den gleichen Gründen die Inkompetenzerklärung des Bezirksgerichtes aufhob und anordnete, dieses habe über das Klagebegehren zu verhandeln. Wenn auch die Obergäster der „Aurora" von dieser Entscheidung nicht erfreut sein dürften, das Wichtige an der Sache ist — sie hat eine prinzipielle Bedeutung für weitere Fälle.

(Hund, Fuchs oder Löwe?) Die am Volksplatz wohnhafte Private Magdalena Felna kam vor einiger Zeit bestürzt aufs Polizeikommissariat Leopoldstadt und meldete, daß ihr Zimmerherr sich als Hausbund einen veritablen Löwen halte, der ihren Kindern große Furcht einflöße. Ein Sicherheitswachmann begleitete Frau Felna in ihre Wohnung, um den Löwen eventuell zu beanstanden. Das Polizeiorgan fand statt des Löwen einen Fuchs vor, der sich zärtlich mit seinem Besitzer, dem Schlossergehilfen Emanuel Götzl, spielte. Der Wachmann schritt nun zur Beanständung des Fuchses, der als wildes Thier ohne besondere polizeiliche Bewilligung nicht im Hause gehalten werden darf. Emanuel Götzl wurde wegen Haltens eines wilden Thieres vom staatsanwaltschaftlichen Funktionär des Bezirksgerichtes Leopoldstadt angeklagt. In der Verhandlung vor dem Strafrichter Adjunkten Dr. Alics gab der Angeklagte zu seiner Rechtfertigung an, der beanständete Fuchs sei sehr harmlos und viel ungefährlicher gewesen als ein gewöhnlicher Hund. — Richter: Der Fuchs gehört aber zu wilden Thieren, die ohne behördliche Lizenz im Hause nicht gehalten werden können. Das Urtheil lautete: Fünf Gulden Geldstrafe.

(Appetitliches Bier.) Die dem magistratischen Bezirksamt des XIV. Bezirks zugetheilten Marktkommissäre Kubo und Austerer unternahmen kürzlich eine Inspizirung der Gasthäuser. In dem Schankraume des Gastwirthes Klepy in der Dietenbachgasse fanden sie einen großen Krug voll sogenannten „Hausels" in der Kühlwanne zum „Eintheilen" bereit. Der Gastwirth selbst war nicht anwesend, sondern der Schankgehilfe Michael Skapiy glaubte auf diese gesundheitsschädliche Weise Waren zu müssen. Außerdem war der Trichter, woraus er den Wein eingoß, höchst schmutzig und unappetitlich. Vorgestern vor Stapitz vor dem Strafrichter des XIV. Bezirkes, Adjunkten Dr. Huebey, vor dem er sich dahin verantwortete, daß das Bier zum Lederfabrikanten kommen sollte . . . — Richter (einfallend): Deswegen haben Sie das Bier also so sorglich eingekühlt und in der Kühlwanne unter den zur Schank bestimmten Getränken aufbewahrt? — Die Marktkommissäre bestätigten unter Diensteid den Inhalt ihrer Anzeige. — Der staatsanwaltschaftliche Funktionär Dr. Schwarz beantragte die strengste Bestrafung des Angeklagten, da der „Hausel" laut eines Gutachtens des Oberen Sanitätsrathes höchst gesundheitsschädlich sei, worauf der Richter den Angeklagten zu einer Woche Arrest verurtheilte.

(Galizische Wahlgreuel.) Am Montag begann in Lemberg die Hauptverhandlung gegen den Advokaten Dr. Korol und fünf Bauern. Am 22. Februar sollten in Kumin (Bezirk Jolkiew) die Wahlmännerwahlen stattfinden. Als der Regierungskommissär in Kumin angekommen, war Dr. Korol schon am Platze. In Folge seiner Agitation haben, wie die Anklage ausführt, die Bauern eine derart drohende Haltung eingenommen, daß die Wahlkommission die Wahlen aufzuschieben beschloß. Die Bauern haben sich anfangs dagegen gesträubt, sind dann aber weggegangen. Beim Wirthshause jedoch bat sie Dr. Korol aufgehalten und ihnen befohlen, sofort zurückzukehren, da die Kommission sie betrügen will. Es werde ihnen, soll er gesagt haben, nichts passiren, selbst wenn sie jemanden zerreißen müßten. Die Bauern gehorchten, kehrten zurück und forderten die Durchführung der Wahlen. Der Gemeindevorstand Losun, der sie im Auftrage des Kommissärs zum Auseinandergehen aufforderte, wurde arg mißhandelt. Die Bauern belagerten den Wahlkommissär im Hause des Gutsbesitzers Faut und „zwangen ihn", wie die Anklage naiv sagt, „zu dem Entschlusse". Scheinwahlen durchzuführen. Inzwischen war die aus Lemberg herbeigerufene Gendarmerie-Assistenz eingelangt, und erst als diese vom Leder zog, zerstreuten sich die Bauern. Dr. Korol und die angeklagten Bauern leugnen jede Schuld. Dr. Korol behauptet, daß er im Gegentheil die Bauern zur Ruhe ermahnt habe. Die Verhandlung wird in ruthenischer Sprache geführt.

Am 23. d. beginnt in Sambor die Hauptverhandlung wegen der Wahlexesse in Komarno, dann in Tarnopol wegen der Exzesse in Cebrow und in Zloczow wegen der Exzesse in Cholojow, endlich am 30. d. in Stanislau wegen der Wahlexzesse in Wiktorow.

(Eine Erinnerung an den Mrva-Prozeß.) In Berlin wurde gestern der Prager Anarchist Haber mit seiner Geliebten, Frau Kritz, verhaftet. Die Frau ist die Gattin des wegen Anstiftung zum Morde des Polizeiagenten Rudolf Mrva zu zehnjährigem Kerker verurtheilten Handschuhmachergehilfen Josef Kritz. Haber lebte mit Frau Kritz bereits während der Untersuchungshaft ihres Ehemannes von den für die Kinder gesammelten Geldern, floh dann mit der Frau und ihren Kindern, bevor die erhobene Ehebruchsklage verhandelt wurde, und nahm das Vermögen eines Prager Vereines mit. Haber wird mit seiner Geliebten dem Prager Landesgerichte ausgeliefert werden. In einigen Blättern wird Haber als Sozialist bezeichnet. Das ist eine freche Lüge; der Mann hat sich im Gegentheil durch seine gehässige Feindseligkeit gegen die Sozialdemokraten bemerkbar gemacht. Er gehört zu den Leuten, die aus der Gegnerschaft zur Sozialdemokratie ein gut rentirendes Gewerbe machen.

Sozialpolitik.

Das Elend der k. k. Amtsdiener und Diurnisten.

Von einem k. k. Amtsdiener in der Provinz wird uns geschrieben:

Eine stehende Rubrik in Ihrem geschätzten Blatte ist die rücksichtslose Bekämpfung der Ausbeutung des Menschen durch den Menschen. Wiederholt wurde in Ihrem Blatte hervorgehoben, daß der Staat in der Ausbeutung menschlicher Arbeitskraft allen privatkapitalistischen Unternehmungen weit voraus ist und seine Macht nicht selten dazu ausnützt, die sich als Menschen fühlenden, mit ihrer Lage unzufriedenen Staatsdiener zu Paaren zu treiben oder ihnen die Heimstätte derart zu verleiden, daß sie auswandern oder sonst elend umkommen.

Die industriellen Arbeiter haben bei ihrer guten Organisation viele, nicht zu unterschätzende Erfolge aufzuweisen und sind im Parlament von einer wenn auch kleinen, so doch wackeren Männerschaar vertreten, die sich durch ihr offenes und energisches Auftreten in kurzer Zeit die Sympathien und das Vertrauen aller Unterdrückten und Ausgebeuteten erworben wird.

In einem früheren Artikel hat man den staatlichen Diurnisten und Amtsdienern gerathen, sich ebenfalls zu organisiren, um eine Besserung ihrer Lage durchzusetzen. Nun wäre das recht gut gemeint, es geht aber nicht so leicht, wie es gesagt wird. An Versuchen und Anregungen, die Diurnisten und Amtsdiener zu einer gemeinsamen Aktion für eine Besserung ihrer Existenzbedingungen zu veranlassen, hat es nicht gefehlt, auch Vereine wurden gegründet, die auf dieses Ziel hingearbeitet haben. Petitionen, unterschrieben von den Lebensgenossen im ganzen Reiche, wurden der Regierung überreicht. In diesen Petitionen wurde die trostlose Lage der Diurnisten und Amtsdiener wahrheitsgetreu geschildert und auch Rathschläge gegeben, wie man ohne besondere Inanspruchnahme des Staatssäckels den Wünschen der Petenten hätte Rechnung tragen können. Statt zu fordern, verlegte man sich auf unterthänigst Bitten. Die Ministerantwort bei Ueberreichung der Bittschrift war: „Etwas wird schon geschehen," oder wenn die Exzellenz gut aufgelegt war: „Wir werden sehen, was sich machen läßt."

Und was ist geschehen? Was hat man gemacht? Nichts, rein gar nichts! Oder will man die Brocken, die einem Hundertstel der Gerichtsdiurnisten hingeworfen wurden, eine Besserung der Lebenshaltung nennen? Oder nützt es was, wenn 99 von 100 bei den schändlichsten Hungerlöhnen weiter ausgebeutet werden, während dem Hundertsten täglich zehn bis zwanzig Kreuzer aufgebessert werden?

Der Diurnist, der Diener, der die längste Arbeitszeit hat und sehr häufig Beamtenarbeit verrichten muß, während die Herren von der X. Rangsklasse abwärts spazieren gehen oder fahren, unter dem Titel Kommission, Sitzung, Amtstag 2c. sich eine bis zwei Stunden mit dem Anhören der Parteien plagen, für den ganzen Tag Diäten von drei bis zehn und mehr Gulden verrechnen, ihren Gehalt extra, also per Tag sechs bis zwanzig und mehr Gulden einsacken, bei der Rückkehr über diese „Schinderei" schimpfen und sich den nächsten Tag als Ruhetag nehmen. Warum hat die Regierung hier so viel Geld, daß sie den Beamten, der nur seine Pflicht thut, doppelt bezahlen kann, während der halbverhungerte und geplagte Diurnist und Diener für die mühsame Kanzleiarbeit von 7 bis 12 Uhr Mittags und von 2 bis 7 Uhr Abends sich nicht einmal sattessen, geschweige seine Familie ernähren kann.

Bei den Amtsdienern ist die Arbeitszeit überhaupt eine sehr lange. Sie beträgt täglich 14 bis 15 Stunden und kann der Diener nur dann fertig werden, wenn zwei Personen sich in die Arbeit theilen, aber nicht etwa zwei Amtsdiener — denn wo zwei Amtsdiener sind, ist der eine immer mit Zustellungen auswärts und kommt von manchem Rayon erst um 9 oder 10 Uhr Abends zurück —, sondern die Frau des einen Dieners muß mitroboten, damit der Staat einen zweiten, eventuell einen dritten Diener erspart. Diese geschundenen Leute haben, wo zwei arbeiten und nur einer bezahlt wird, den Hungerlohn von 25 bis 30 fl. ö. W. monatlich. Was würde ein Beamter der X., IX., VIII. u. s. w. Rangsklasse sagen, wenn er für eine auswärtige Amtshandlung nur die wirklichen Reisekosten ersetzt bekommen würde, was noch immer angenehmer wäre, als für den Diener, der den ganzen Tag von einem Berghügel zum anderen kraxeln muß, um die Bauern zu finden und die Zustellungen bewerkstelligen zu können, dafür noch von den armen Leuten, die oft nicht 5 kr. im Hause haben, 17½ und mehr Kreuzer abzuverlangen hat, welche Gebühr im Justizdienst im Amt abgeliefert und monatlich getheilt wird, wovon dann der Diener zu seinem sitzen Gehalt per 25 fl. noch 5 bis 10 fl., je nach Zahl der Zustellungen, hinzubekommt. Bei anderen Aemtern, besonders bei den politischen, bekommt der Diurnist und Diener meist 30 fl.; in den Monaten mit 31 Tagen muß er zusehen, wie er den einunddreißigsten Tag auch noch leben kann. Hat er mit 1 fl. täglich seinen Zins, Holz, Kohle, Wäsche und Nahrungsmittel bezahlt, so muß er Abends hungrig zu Bette gehen, da eben 1 fl. in den meisten österreichischen Märkten und Städten zum Leben für zwei Personen zu wenig ist, ja selbst für Eine Person bei Logis und Gasthauskost unmöglich ein Auskommen gefunden werden anständig kleide. Was so ein gelitzer Taglöhner im Winter durchmachen muß, ist eben den Herren mit 10.000 und mehr Gulden Einkommen jährlich, die solche Noth abändern könnten, wenn sie nur wollten, ein sogenanntes spanisches Dorf, weil sie die Bitternisse, den Hunger und die Kälte an sich noch nicht verspürt haben. Mit vollem Magen läßt sich leicht Geduld und Zufriedenheit predigen, aber satt wird niemand davon. Auch für das Alter, für das diese Herren so wohl vorgesorgt haben, ist bei den Arbeitsbienen nicht gesorgt.

Nun nochmals zu der Frage, warum sich diese gemarterten Individuen nicht ähnlich wie die industriellen Arbeiter organisiren? Erstens sind in den Aemtern zumeist ausgediente Gendarmen und Soldaten, die einen ungeheuren Respekt vor einem goldenen Kragen haben, da sie ja zehn und fünfzehn Jahre nach dieser Schablone dressirt wurden und bei ihnen die sogenannte Disziplin rote Knechtseligkeit in Fleisch und Blut übergegangen ist, so daß man meinen möchte, sie sei ihnen angeboren.

Die sklavische Furcht vor einem ungnädigen Blick ihres vielleicht von Haus aus mitrischen Vorgesetzten läßt sie unmöglich an ein solidarisches Vorgehen denken, da jeder solche Kommißknopf für sich selbst am besten stehen möchte und jede freiere Aussprache der Kanzleikollegen an entsprechender Stelle liebedienerisch „ergebenst" unterbreitet.

Zweitens steht jede untergeordnete Persönlichkeit auch außer dem Amte unter Kontrole und darf mit einer einer freien Anschauung huldigenden Person durchaus nicht verkehren bei Verweis oder Entlassung.

Hat man doch durch die Presse gelegentlich der letzten Reichsrathswahlen Beispiele genug erfahren, wie selbst Beamte, die nach ihrer Gesinnung und nicht nach dem Willen der Regierung wählten, von der Landesbehörde Verweise erhielten mit der Drohung auf Versetzung, natürlich auf keinen angenehmeren Posten.

Wenn nun so etwas langjährigen, aktiven Beamten passirt, wie schnell liegt erst ein Diurnist oder Diener auf der Straße, wenn er glaubt, daß die gewährleistete freie Meinungsäußerung auch für ihn Geltung hat. Im Justizdienste hat man anläßlich der Einführung der neuen Zivilprozeßordnung neue und nicht wenige Beamtenstellen kreirt. Da wurde schnell für alles gesorgt. Den Dienern, die unter diesem neuen Gesetze die Zustellgebühren verlieren, da die Expedition meist per Post geschieht, hat man bis jetzt nicht gesagt, wie sie weiterhin mit den 300 fl. jährlich und der 25perzentigen Aktivitätszulage nach fünfjähriger zufriedenstellender Dienstzeit ihren Hunger stillen sollen. Oder hat der Herr Justizminister vielleicht eine Ueberraschung im Sinne? Hoffen wir es. Vielleicht dringt ein Laut von diesem Schrei der Plage an das ministerielle Ohr. Wir werden uns auch künftighin erlauben, in Ihrem Blatte nach einer Besserung unserer Lage recht vernehmlich zu rufen, und zwar so lange und so oft, bis man unser jämmerliches Dasein menschenwürdiger gestalten wird.

Zwei neue Gewerkschaftssekretäre. Wie die „Gewerkschaft", Organ der gewerblichen Arbeitervereine Oesterreichs, meldet, hat die österreichische Gewerkschaftskommission, um den Bedürfnissen der tschechischen und italienischen Organisationen Rechnung zu tragen, zwei neue Sekretäre angestellt, und zwar einen für Mähren mit dem Sitze in Brünn und (mit Hilfe der Parteivertretung) einen für das italienische Küstenland und Wälschtirol mit dem Sitze in Triest. Den beiden Sekretären fällt die Aufgabe zu, den bestehenden Organisationen zur Seite zu stehen, die Gewerkschafts-

---

solchen Fällen nicht zu operiren. Hier aber juckt es Einen ordentlich in den Fingern, hier möcht' ich wohl von einer Operation das Beste erwarten. Der Mann ist für seine Jahre noch ganz kräftig" — alles sah bei diesen Worten auf das gebrechliche Treiberlein, dem gar Kläglich zu Muthe war — „übrigens warten wir noch das Urtheil der anderen Herren Kollegen ab." Und der Brief des Grafen sammt dem Patienten wanderte zu Süßwasser, dem Primar der Nasenabtheilung, sodann zum Chirurgen.

Die Sache lag ganz einfach. Auch die beiden anderen Aerzte fühlten sich durch das Vertrauen des hochgeschätzten Gönners sehr geehrt. Auch sie ließen solche Fälle lieber unangetastet, waren aber gern bereit, dem Protektor der Charité zuliebe durch eine eingreifendere Operation das warmempfohlene Treiberlein von seinen Leiden zu kuriren. Der Chirurg wollte am liebsten heute gleich beginnen.

Aber das Treiberlein wollte nicht. Medizin, ja, so viel's nur wäre, aber vor dem Messer hätte er ein bischen Respekt. Alle Ermahnungen waren umsonst, und endlich sah man sich gezwungen, den Mann mit einem Schreiben an den hochverehrten Gönner zu entlassen. In diesem Briefe stand, das Treiberlein sei ein gar messerscheues Individuum und wolle sich nicht fügen, und man bedauere ungemein, sich dem Protektor der Charité nicht dankbar erweisen zu können. Mit dem Ausdruck der tiefsten Verbeugung schloß der Brief.

Der Graf nahm diese schriftliche Erklärung mit stillem Lächeln zur Kenntniß. Dann wendete er sich freundlich an sein altes Treiberlein. „Wie ihm das Krankenhaus gefallen habe, und ob ihm nichts Besonderes aufgefallen sei." — „Ei ja," begann Josef zu erzählen, „das Krankenhaus sei ein großes, schönes Gebäude, über und über mit einer höllischen Menge von Köpfen geziert. Und über dem Thor habe er den gnädigen Herrn Grafen selber erblickt, schöner und größer als alle anderen. Ganz oben sei in goldenen Buchstaben das Wort Charité zu lesen, was das bedeute, wisse er aber nicht."

Da klopfte der Graf seinem Diener mitleidig auf die Schulter und erklärte ihm, die Charité sei die große Wohlthäterin der Stadt, und reine Menschenliebe erwarte dort die armen Kranken.

Aladin.

THE RECOMMENDED LITTLE BEATER[1]

Aladin

Who would ever have been able to say that a simple house in an alley off the beaten way could so quickly become an attraction? It was no longer any stranger in town who they didn't recommend to interesting visits to the small hospital. In fact some years ago no one thought to the *Charité*: this was an unfrequented hospital that people remembered only when somebody had an extraction; or when small children were constipated or they had red eyes, but now everything has changed. Yes, the new director knew well how to take matters in his own hands!

First of all he demanded the restoration of the building. For this, however, there was no money. Director *Schliefmann*[2] puzzled over this for long and finally he found the right remedy. In a solemn meeting the leaders of the hospital departments asked Mr. Director to illustrate his ideas.

The speaker proposed to send letters of petition to benefactors known in the bourgeois and noble world.

«Well, we can try» – the colleagues thought. Then he spoke of the poor and anonymous appearance of the hospital. «What's the point of what he said?», they whispered. But soon it became clear. The busts of those noble givers had to be placed artistically in the main front side of the house as a mark of thanks. Everyone listened carefully.

«For this – the speaker continued – it is recommended an improvement in many ways. Our building gains in beauty, the delicate and new attraction is due to the benefactors of the city and of the country and our relations with the rich customers will improve». Approval was unanimous and the idea became a decision. The first set of letters was unsuccessful. Actually they got a donation of 500 marks, but by a benefactor who wanted to remain anonymous. «Scarcely we will have the first draft of a bust». the new director said and gazed thoughtfully into the distance. Colleagues visibly lost respect: good friends openly smiled ironically. Fortunately he remembered the vain Count T. The director confided in him. T. agreed in the interest of the good cause. «As mentioned, consider my approval as a sacrifice, only as a sacrifice», he shouted to him while he was rushing off exultant. From that moment they began to work energetically. After some weeks the first bust had found place above a ground-floor window. The bust of Count T. was incredibly similar. The newspapers spoke of the famous benefactor Count T. and called him as the artist who had declared himself willing to make the first bust without compensation. Now suddenly donations began to get. For every new donation the director earned respect among his colleagues and was busy all day long to give the thanks of *Charité* to the benefactors.

They didn't want to know of the busts any more: they followed up only the urgent pleas of the

[1] "Little beater" is English translation of the German term "Treiberlein" that Aladin writes in this short story. The term "Treiber" denotes those who help the hunters during hunting, pushing the wild animal toward the hunter. "Treiberlein" means "little beater"
[2] "Schliefmann" means "man that prepares everything".

estimated head physician and director and they promised not to disfigure this fabulous project. Soon all the possible spots and corners of the ground floor were occupied by small busts of benefactors. Mr. Director looked towards the first floor and its windows. Two busts were going to be completed, the Count *Dirmir*[3] and the banker *Deinesmeines*[4] ones. The day after they had to adorn the first two windows of the first floor.

«I heard – *Suesswasser*[5], head physician of the noses department, addressed the director – that soon the count Dirmir will find place near the parvenu Deinesmeines. I can't allow this. During the medical treatment of his favorite driver, last year I met the scholar Count, and I got some ideas about his views. As said, we could have some drawbacks. Besides, Count Dirmir enjoys the government's favours».

«Oh yes? Do you think so? But this should be immediately settled», and Mr. director went home brooding.

The day after the busy Suesswasser came back. Then, Mr. colleague, what can we do?». «But very simply, dear Suesswasser: Deinesmeines remains in his place, the count Dirmir, since he enjoys the government's favour, receives a place of honor above the main entrance». The director smiled triumphantly and walked to his department. The colleague Suesswasser followed him with his eyes and looked at him complaining a little. So Count Dirmir received a special position at last.

Well, the count, enjoying the favour of the government, owned also a portion of knowledge of the world and since he didn't wish to be treated, he searched among his acquaintances who could be sent to be treated at the *Charité*. It happens that on the estate of the Count there was a little beater who long time ago had been shot in the left eye by a lead cartridge.

He was, as a consequence of the years, bent and shabby and complained willingly of every kind of illness: so his nose and his goiter had troubled him for several years and when he complained to the aged women of the farm, he never forgot to roll wildly his blinded eye and this increased considerably their pity for the poor Josef.

This is the man that the count decided to send to the *Charité*, as a pledge of his friendship and Josef walked despite his sixty years in the hope of being possible to soothe his diseases with a small operation. With great pleasure Schliefmann took the letter of the count. After passing over the content, he read to his assistants and patients who were waiting for the writing of "our dear benefactor".

The Count wrote: «Dear Mr. Head Physician, the bearer of this letter has lost his left eye because of destiny twenty years ago. I have an unlimited trust in your art and I hope you will be able to free this man from his other lesser diseases. I would be especially grateful if you could, for his smaller illnesses at the nose and the goiter, make him know the departments of nose and goiter, very well known to me. Respectful greetings. Dirmir».

«A difficult case, gentlemen», said Schliefmann after a careful visit. «You know my idea not to operate in these cases. But here someone is waiting anxiously the best results from an operation. The man is still very strong despite his age» – hearing these words everyone looked at the fragile little beater who was rather dejected – «besides we are still waiting the opinion of the other colleagues».

[3] "Dirmir" means "To you to me".
[4] "Deinesmeines" means "Yours mine".
[5] "Deinesmeines" means "Sweet water".

And the letter of the count, with the patient, went to Suesswasser, the head physician of the nose department, and then to the surgeon.

It was very simple: the other two doctors were also greatly honored by the confidence of the highly regarded benefactor. They too didn't treat such cases, but for the sake of the protector of the Charité were ready to cure the recommended little beater from his sorrows through an invasive operation. The surgeon preferred to start that very day. But the little beater didn't want. The medicine, yes, but he was afraid of the knife. All recommendations had no effect and finally they were forced to discharge the man with a writing to the honoured benefactor. In this letter they wrote that the little beater was very fearful of the scalpel and didn't want to undergo it, so they were sorry that they couldn't be grateful to the protector of the *Charité*. The letter ended with words of the greatest reverence. The Count smiling learned of this written statement, then he turned friendly to his old little beater asking him if he liked the hospital, and if he didn't notice anything particular. «Oh yes – Josef began to tell – the hospital is a large and beautiful building, decorated with an incredible number of heads everywhere» and above the main entrance he would have seen the gracious Mr.Count himself, more beautiful and bigger than all the others. At the top he would have read the word *Charité* in golden letters, but he didn't know its meaning. Then the count compassionately gave him a slap on the back and told him that the *Charité* was the great benefactress of the city and that the pure love of neighbour was waiting there for the poor sick.

Aladin

IL PICCOLO BRACCATORE[1] RACCOMANDATO

Aladin

Chi avrebbe mai potuto dire che una semplice casa in un vicolo fuori mano potesse così rapidamente diventare un'attrazione?

Non veniva più alcuno straniero in città a cui non si raccomandasse come interessante la visita al piccolo ospedale.

In effetti qualche anno fa nessuno pensava alla *Charité:* si trattava di un ospedale poco frequentato del quale ci si ricordava soltanto quando uno doveva farsi togliere un dente; oppure ci venivano i bimbi piccoli quando erano costipati o quando avevano gli occhi rossi, ma ora tutto è cambiato. Sì, il nuovo direttore, quello sì che sapeva come si doveva prendere in mano la situazione! Prima di tutto egli pretese la ristrutturazione dell'edificio. Per questo, però, non c'erano i soldi. A lungo il direttore Schliefmann[2] si scervellò e, finalmente, trovò il rimedio giusto. In una solenne riunione generale i vertici dei reparti ospedalieri si fecero illustrare le idee del signor direttore. L'oratore propose di spedire lettere di supplica a benefattori conosciuti del mondo borghese e nobile. «Bene, si può provare» − pensarono i colleghi. Poi egli parlò dell'aspetto misero e anonimo dell'ospedale. «Dove vuole arrivare?», si bisbigliò. Ma subito fu chiaro. Sulla facciata principale della casa dovevano essere collocati in segno di ringraziamento e in modo artistico busti di quei nobili donatori. Tutti ascoltavano attentamente. «Per ciò − continuò l'oratore − è raccomandato sotto tanti aspetti un miglioramento. Il nostro edificio guadagna in bellezza, la delicata e nuova attrattiva si deve ai benefattori della città e del paese e i nostri rapporti verso la ricca clientela miglioreranno». Unanime fu l'approvazione e l'idea diventò decisione.

La prima serie di lettere rimase senza successo. A dire il vero arrivò una donazione di 500 marchi, ma da un benefattore che voleva rimanere anonimo.

«A stento avremo la prima bozza di un busto», disse il nuovo direttore e guardava pensieroso in lontananza. I colleghi persero visibilmente il rispetto: i buoni amici apertamente sorrisero ironicamente.

Per fortuna gli venne in mente il vanitoso Conte T. Con lui si confidò il direttore. T. acconsentì nell'interesse della buona causa. «Come detto, consideri la mia approvazione come un sacrificio, unicamente come un sacrificio», gridò a lui che se ne stava andando di corsa ed esultante. Da quel momento si cominciò a lavorare di buona lena. Dopo alcune settimane il primo busto aveva trovato posto sopra una finestra del pianterreno. Il busto del conte T. era di una sbalorditiva somiglianza. I giornali parlavano del famoso benefattore conte T. e lo definivano come l'artista che si era dichiarato disponibile a realizzare il primo busto senza compenso.

[1] "Piccolo braccatore" è la nostra traduzione italiana del termine "Treiberlein" utilizzato da Aladin nel suo racconto. Il termine tedesco "Treiber" denota chi aiuta i cacciatori durante la caccia, guidando (braccando) l'animale selvaggio in direzione del cacciatore. "Treiberlein" significa quindi "piccolo braccatore"

[2] "Schliefmann" significa "l'uomo che appiana tutto". *[N. d.T.]*

Ora tutto a un tratto cominciarono ad arrivare donazioni. Ad ogni nuova donazione il direttore guadagnava stima tra i suoi colleghi ed era indaffarato tutto il giorno a portare ai benefattori il ringraziamento della *Charité*. Non si volle più sapere dei busti: si dava seguito solo alle urgenti suppliche dello stimato primario e direttore e si prometteva di non deturpare questo favoloso progetto. Presto tutti i possibili posticini e angolini del piano terra vennero occupati da piccoli busti di cittadini benefattori. Il signor direttore portò il suo sguardo al primo piano ed alle sue finestre. Due busti stavano per essere terminati, quelli del conte *Dirmir*[3] e del bancario *Deinesmeines*[4]. Il giorno dopo essi dovevano ornare le due prime finestre del primo piano.

«Ho sentito − *Suesswasser*[5], primario del reparto nasi, si rivolse al direttore − che prossimamente il conte Dirmir troverà posto vicino al *parvenu* Deinesmeines. Questo non lo posso permettere. In occasione del trattamento del suo cocchiere preferito, l'anno scorso ho fatto conoscenza dell'erudito signor conte, il quale mi permise di farmi qualche idea sulle sue opinioni. Come detto, potremmo avere degli inconvenienti. Inoltre il conte Dirmir possiede il favore del governo».

«Ah sì? Lei pensa? Ma questo deve essere subito messo a posto!» e il signor direttore se ne andò a casa rimuginando.

L'indomani tornò l'indaffarato Suesswasser. «Allora, signor collega, che cosa si fa?», «Ma molto semplicemente, caro Suesswasser: Deinesmeines rimane al suo posto, il conte Dirmir, dato che possiede il favore del governo, riceve il posto d'onore sopra l'ingresso principale». Il direttore sorrise trionfante e si avviò verso il suo reparto. Il collega Suesswasser lo seguì con lo sguardo, il suo collega lo guardò un po' lamentevole. Così il conte Dirmir ricevette finalmente una posizione speciale.

Orbene il conte, godendo della benevolenza del governo, possedeva anche una porzione di conoscenza del mondo e siccome egli stesso non desiderava farsi curare, cercò nelle sue conoscenze chi avrebbe ben potuto mandare a farsi curare alla *Charité*. Si dà il caso che sul podere del conte ci fosse un piccolo braccatore al quale tanto tempo prima era stata sparata una cartuccia a piombo nell'occhio sinistro. Egli era, in seguito agli anni, curvo e malandato e si lamentava volentieri di ogni sorta di malanno: così da parecchi anni lo tormentavano il suo naso ed il suo gozzo e quando si lamentava con le donne anziane del podere, non si dimenticava mai di fare rotolare selvaggiamente il suo occhio accecato, il che aumentava considerevolmente la pietà verso il povero Josef. È questo l'uomo che il conte decise di mandare alla *Charité,* come pegno della sua amicizia e Josef si incamminò malgrado i suoi sessant'anni nella speranza di poter lenire i suo mali con una piccola operazione.

Con grande piacere Schliefmann prese la lettera del conte. Dopo aver sorvolato il contenuto, lesse ai suoi vice ed ai pazienti che aspettavano lo scritto "del nostro egregio benefattore". Il conte scriveva: «Egregio signor Primario, il latore di questa lettera ha perso per via del destino il suo occhio sinistro vent'anni fa. Nutro nella sua arte una fiducia senza limiti e spero che Lei riuscirà a liberare l'uomo dai suoi altri mali minori. Le sarei specialmente grato se Lei potesse, per i minori mali al naso e al gozzo, far conoscere a quest'uomo i molto ben noti a me reparti naso e gozzo, con rispettosi saluti. Dirmir».

[3] "Dirmir" significa "A te a me". *[N. d.T.]*
[4] "Deinesmeines"significa "Tuo mio". *[N. d.T.]*
[5] "Suesswasser" significa "Acqua dolce*". [N. d.T.]*

«Un caso difficile, signori miei», disse Schliefmann dopo un'attenta visita. «Lei conosce il mio principio di non operare in questi casi. Ma qui qualcuno muore dalla voglia di aspettare il meglio da un'operazione. L'uomo è ancora molto forte nonostante i suoi anni − a queste parole tutti guardarono il fragile piccolo braccatore il quale era piuttosto abbattuto − fra l'altro aspettiamo ancora il parere degli altri signori colleghi». E la lettera del conte, assieme al paziente, andarono da Suesswasser, il primario del reparto naso, e poi dal chirurgo.

La cosa era molto semplice: anche gli altri due medici si sentirono molto onorati della fiducia dell'apprezzatissimo benefattore. Anche loro non toccavano simili casi, ma per amore del protettore della *Charité* erano pronti a curare il raccomandato piccolo braccatore dalle sue pene attraverso un'operazione invasiva. Il chirurgo preferiva iniziare il giorno stesso.

Ma il piccolo braccatore non voleva. La medicina sì, ma temeva il coltello. Tutte le raccomandazioni furono invane e finalmente ci si vide costretti a dimettere l'uomo con uno scritto all'onoratissimo benefattore. In questa lettera si scrisse che il piccolo braccatore era un individuo molto timoroso del bisturi e non voleva sottoporvisi, per cui si era dispiaciuti di non potersi rendere grati al protettore della *Charité*. La lettera si chiudeva con l'espressione della più grande reverenza.

Il conte prese sorridente conoscenza di questa dichiarazione scritta, poi si rivolse amichevolmente al suo vecchio piccolo braccatore chiedendogli se gli fosse piaciuto l'ospedale e se non avesse notato niente di particolare. «Eh sì − cominciò a raccontare Josef − l'ospedale è un edificio grande e bello, ornato dappertutto con una quantità infernale di teste» e sopra l'entrata principale avrebbe visto il grazioso signor conte stesso, più bello e più grande di tutti gli altri. Molto in alto avrebbe letto la parola *Charité* a lettere dorate, ma non ne conosceva il significato.

Allora il conte gli diede compassionevolmente una pacca sulla spalla e gli spiegò che la *Charité* era la grande benefattrice della città e che il puro amore del prossimo attendeva lì i poveri ammalati.

Aladin

(Traduzione dal tedesco in italiano a cura di Claudia Colli;
adattamento del testo italiano a cura di Giuseppe Ferrigno e Michael Titze)

ALFRED ADLER, AKA ALADIN, AND HIS SOCIAL COMMITMENT

GIUSEPPE FERRIGNO

Abstract

This article mainly tries to give and insight into the man Alfred Adler, the way he ended up theorizing an "interindividual and intersubjective" theory in a trailblazing way, in times characterized by a powerful pulsional orientation. Max Adler, the son of a wealthy Jewish tradesman, moves to Vienna with his family and he soon becomes one of the most representative *leaders* of the *Austrian Social Democratic Party*. In 1889 he founds the Socialist newspaper "Arbeiter-Zeitung" (The Workers' Newspaper") and becomes the editor-in-chief until his death. Viktor and Friedrich Adler, Otto Bawer, Karl Renner are important associates of the "Arbeiter-Zeitung". In those years, the young Adler is fascinated by Socialist and Marxist ideas and assidously frequents the Socialist students' associations. In 1897 Alfred Adler writes an article titled "The Recommended Little Beater" under the pseudonym of Aladin, a name that recalls by assonance his real Magyar name "Aladár". He prefers to use the pseudonym "Aladin" in order to feel freer to denounce a usual misdeed – something that has always occurred in human history – in hospitals: fraud, scam, vanity, falsity, power games.

Keywords

ARBEITER-ZEITUNG, ALADIN, ALADÁR, SOCIALISM

Riassunto

L'articolo è una premessa al "Piccolo braccatore raccomandato": cerca di capire, soprattutto, l'uomo Alfred Adler e come egli sia giunto a teorizzare pioneristicamente una teoria "interindividuale e intersoggettiva" in un'epoca fortemente impregnata di orientamento pulsionale. Max Adler, figlio di un facoltoso commerciante ebreo, si trasferisce con la famiglia a Vienna, divenendo ben presto uno dei *leader* più rappresentativi del *Partito socialdemocratico austriaco*. Nel 1889 egli fonda il giornale socialista "Arbeiter-Zeitung" ("Il giornale dei lavoratori"), di cui egli diviene direttore fino alla morte. Altri importanti collaboratori del giornale "Arbeiter-Zeitung" sono Viktor e Friedrich Adler, Otto Bauer, Karl Renner. In quegli anni il giovane Alfred Adler era affascinato dalle idee socialiste e marxiste e frequentava assiduamente le associazioni socialiste studentesche. Alfred Adler firma nel 1897 sul quotidiano "Arbeiter-Zeitung" un articolo dal titolo "Il piccolo braccatore raccomandato" con lo pseudonimo Aladin, nome che richiama per assonanza il suo vero nome magiaro "Aladár". Egli preferisce usare lo pseudonimo "Aladin" per sentirsi ancora più libero nella denuncia di un malaffare purtroppo consueto, ieri come oggi, negli ospedali: la frode, la vanità, la falsità e i giochi di potere.

Parole chiavi

ARBEITER-ZEITUNG, ALADIN, ALADÁR, SOCIALISMO

I. Introduction

Alfred Adler may well be considered the apostole of the *relational* model in times when Newton's Causality Physics omnipotently validates the Freudian Pulsional Libidinal System, which focuses on totalizing primary narcissism: Adler, the pioneer, the heretical, should be praised for anticipating – in the wake of Einstein's Holistic Physics – the *indivisible individual* as *a creatively temporal and telonomic phenomenon endowed with a relational mind,* an individual who is no longer at the mercy of blind mechanical thrusts of biological origin; an individual who is now a bearer of needs, motivation and deep values (Ferrigno et al., 2004).

Alfred Adler is the cantor of the *subjective feeling of inferiority*, hence the cantor of human frailty, the emotions and feelings that are related to it, feelings that allow to invisibly stretch out not only with the mind, but also with one's heart: the Adlerian man is a man who is *fictionally* projected into an existential project, and this man is the one responsible for the outcome of this existential project: *the artist is both the artist and his work*. This *autopoietic creation* endows him with the extraordinary

sensation that his Self is an active "part" within a "whole" that includes the whole cosmos/universe, "sub specie aeternitatis": *the need for tenderness, social sense, social sentiment/feeling and community sentiment/feeling* are typical Adlerian terms that characterize a kind of psychology that particularly cares for the interpersonal and the day-to-day activities (Ferrigno, 2008).

But let's take a look back for a moment and understand the man Alfred Adler in particular, the way he came down to theorizing an "interindividual and intersubjective" theory in a trailblazing manner, in times characterized by a powerful pulsional orientation.

II. The political and cultural background of Austro-Hungarian Empire's Vienna

Kurt Adler (1993) encourages us to gain an insight into the social, cultural and political climate in Vienna at the end of the XIXth-beginning of XXth Century, in order to discover the factors that fueled Alfred Adler's specific interest in social problems.

The Austro-Hungarian Empire was founded in 1867 as a result of a compromise between the Hungarian aristocracy and the Habsburg Monarchy, and consisted of two monarchies (Austria and Hungary), where the Austrian and the Hungarian states were co-equal. In fact, Austria and Hungary had a number of institutions, parliaments and ministries/departments that were totally independent from one another: the capital city of Hungary was Budapest, Vienna for Austria: a multiethnic empire was born in a fertile historical period, where new ideas and nationalistic movements were a powerful drive.

Despite the unrelentingly torment of irreconcilable contrasts between several ethnic groups, the Austro-Hungarian Empire was witnessing a powerful economic growth and an extraordinary modernizing wave, also in terms of liberal reforms (Fornero & Tassinari, 2002). It was not until 1919 that the Federal Republic of Austria was established, right after the dissolution of the Hausburg Empire and the staggering defeat of the Central Empires after World War I.

Late 19th-early 20th Century's Austria and the Hausburg Dinasty were on the wane; having said that, Vienna experiences a fruitful season of scientific and cultural innovations; social, political and cultural unrest characterized those times, together with overflowing passions. A new working class that begins to strongly flow into big cities, in particular Vienna; new problems arise, lack of schools, houses, work, unemployment, the exploitation of children, healthcare, the emancipation of women; artisans, tradesmen, farmers, freelance workers, a new middle class, public sector employees and managers begin to agitate and show an unprecedented form of unrest.

This unprecedented unrest and discontent will be voiced and harnessed by a new political class and two big mass parties, the Socialist and Christian-Social Parties (Fornero & Tassinari, 2002).

In the background of this social and political situation, the Austrian capital experiences an unprecedented cultural vivaciousness: a new ferment of intellectual energy takes place as an expression of the Empire's crisis and the incessant utopic thrust towards a promising new era.

Max Adler, the son of a wealthy Jewish tradesman, moves to Vienna along with his family, and he soon becomes one of the most paradigmatic *leaders* of the *Austrian Social Democratic Party*. In 1889 he founds the Socialist newspaper "Arbeiter-Zeitung" (The Workers' Newspaper") and becomes the editor-in-chief until his death. Viktor and Friedrich Adler, Otto Bauer, Karl Renner are important associates of the "Arbeiter-Zeitung". Bauer and Renner will soon become the undisputed leaders of

the Austro-German Socialism: together they tried to sort out a number of plans to solve the thorny issue of the Empire's national and ethnic groups (Fornero & Tassinari, 2002).

III. Alfred Adler in *fin de siècle's* Vienna, the cradle of Mittel-European culture

Alfred Adler was born on February 7, 1876, in Peinzing, a suburban neighborhood of Vienna. He belonged to a Jewish-Hungarian family coming from Burgenland, «a small cushion state between Austria and Hungary, with historical trading and cultural ties with the nearest Vienna, albeit part of Hungary» (Ellenberger, 1970, p. 655). The Jewish people who came from Burgenland benefited from particular privileges and a less discriminating legal status, as opposed to the vast majority of the Empire's Jewish population. «In Adler's case the situation was totally different. The Jewish tradition was not as important for Burgerland's Jewish religious congregations as for the rest of the Jewish community. Because he was born in Vienna, Burgerland did not constitute a lost paradise; on the contrary it turned out to be a negative issue in Adler's life: in fact, he was registered as a Hungarian citizen at the Civil Registry and not as an Austrian one; this meant that he had to respect the laws of a country whose language he did not understand, and he could not benefit from a number of privileges that had always been granted to Austrian citizens (he obtained the Austrian citizenship in 1911). [...] Therefore, Adler spent most of his childhood in the city suburbs, playing and arguing with non-Jewish boys who mainly belonged to the lower classes of society. [...] He considered himself as an active part of the city's popular life and his deep knowledge of the Viennese slang and sayings enabled him to speak in public as if he were a real Viennese. This explains why the concept of "sense of community" would become the pivotal moment of his doctrines (*Ibid*., pp. 663-664).

His father Leopold – a small tradesman in the cereal business who didn't much succeed in his work – eventually went bankrupt; it was Sigmund, Adler's older brother, the one who helped the family go back to better living conditions. «We do not know much about Adler's adolescence but his school life. His biographers state that he had a passion for music, singing and theater, and that he was a very good actor» (*Ibid*., p. 665).

IV. Alfred Adler the Magyar: Aladár-Aladin

Adler spent his childhood and adolescence during the most prosperous years of the Austro-Hungarian Monarchy.

Right after high school at *Hernalser Gymnasium,* Adler enrolled at the Faculty of Medicine of the University of Vienna. «Most likely, he spent [… a lot of] time improving his clinical skills. […] He could not find a job at Beckh-Widmanstett General Hospital's archives. Considering that the most rewarding job posts were allotted to Austrian citizens – Adler was Hungarian – he could only work as an unpaid volunteer. All the same, we can find his name in the list of young doctors working at the Polyclinic in the years 1895-1896. […] he earned a degree in Medicine on November 22nd, 1895. In 1896 he was working at the Polyclinic again, but his services could not last long because he was enlisted in the draft […] to finish up his second semester as a Hungarian military at the 18th Military Hospital of Pressburg, where he served under the name of Aladár Adler (*Ibid*., pp. 666-667).

In those years, the young Alfred Adler was fascinated by Socialist and Marxist ideas and assiduously frequented the Socialist's student associations. «His patients belonged to the middle and lower classes for the most part, and social problems had drawn his utmost attention for the year to come» (*Ibid*., p. 654).

As early as the years 1896-1897 he works as a volunteer doctor at Vienna's Polyclinc, a charity that had been established to treat the poor for free. Alfred Adler passionately approached to Socialist ideas since his youth years. «When he was a student he used to frequent Vienna's Social Democratic circles, where he met his future wife Raissa Timofeevna Epstein, a Jewish Moscovite who had moved to Vienna to study. Through Raissa – who had already come in contact with the Revolutionary movement – Adler meets some prominent figures in Vienna who had fled the Czar's persecutions, among whom we can find Lev Trotskij who had moved to the Austrian capital in 1907. Trotskij's wife was Raissa's friend» (Marzolini, 2001, p. 71).

The future commander of the Red Army will recall A.A. Joffe in his autobiography, his aide at "Pravda" newspaper (a notable Soviet diplomat in the years to come), and in particular the fact that he was undergoing a psychoanalytic treatment with the "famous Viennese doctor" Alfred Adler (Trotskij, 1930).

The habit of attending the Revolutionary intellectuals and the Social Democratic political happenings in the years preceding the war, led Adler to an in-depth analysis and the related debate about the future of Socialism and social issues. In those years, he is an advocate of free health care for the workers and tends to get closer to the urban proletariat: this was a very innovative kind of approach for the psychoanalytic practices. The proletariat was joining forces with the trade unions, the co-operatives and the Social Democratic Parties. Hence Adler understands that there was a substantial continuum between the utopistic tradition of the first Socialism and the Marxist doctrine. He is attracted to the peaceful, humanitarian and non-violent approach of the the Socialist party. Besides he maintains a moderate approach within the "Individual Psychological Society", an institution he founded in 1911 with some aides who were part of the Austrian Social Democratic party. He condemns Revolutionary Marxism and he sticks with the ideal call of general pacification (Marzolini, 2011).

In 1897 he marries Raissa Epstein, an intelligent and pugnacious woman, of anticonformist habits such as dressing up or doing house chores; Raissa has a strong influence on the Adlerian vision of the feminine (Ellenberger, 1970; Marzolini, 2001). This why we understand that Individual Psychology has always had eyes for the role of women in society and the concept of *manly protest*.

Ellenberg (1970) also quotes: «According to his relatives, Adler had written several articles under different pseudonyms in those times for the "Arbeiter-Zeitung", Vienna's Social Democratic newspaper; as of now, we have not been able to identify these articles. […] As of October 15, 1902, an article under the pseudonym of Alladin appeared on that month's issue [Aladin is the true lettering that we are bringing forth, *A.N.*), and we are almost sure that Adler had written it (please remember that his Hungarian name was Aladár)» (pp. 689- 690).

V. Arbeiter-Zeitung: "The Recommended Little Beater"

Truth be told, as early as August 19, 1897 – and not 1902 contrary to what wrote Ellenberger

(1970) – Alfred Adler writes an article for the "Arbeiter-Zeitung" and titles it the "The Recommended Little Beater" under the pseudonym of Aladin, a name that strongly recalls his real Magyar name "Aladár". As a matter of fact, if we look at paragraph III in the article, Alfred Adler is serving «his second semester as a Hungarian military at the 18th Military Hospital of Pressburg, where he served under the name of Aladár Adler (p. 667).

The "Arbeiter-Zeitung" ("The Workers' Newspaper"), founded as a Socialist newspaper by Victor Adler on July 12, 1889, starts a bimonthly newspaper, it becomes weekly as of October 1889 and then it is published twice a week.

Starting from January 1st, 1895, it goes out daily. "Arbeiter-Zeitung" gets banned in 1934 after February 13rd's issue, and is published again on August 4, 1945 as the main agency of Austria's Social Democratic Party; until 1989 it would be a national and international current affairs magazine. Between 1985 and 1991 the newspaper's title is "Neue AZ" (New AZ); between 1989 and 1991 it goes out with the shorter title "AZ" as an independent newspaper, ending its publications in 1991 once and for all. In 1920, the "Arbeiter-Zeitung"'s circulation reaches 100,000 copies until it goes down by one forth between 1960 and 1990.

As we mentioned earlier a number of prominent figures of the Social Democratic Party hung out at the newspaper's offices: Max Adler, Vicktor e Friedrich Adler, Otto Bauer, Karl Renner; all of them were center-stage representatives of the nascent "Austro-Marxism" (Fornero & Tassinari, 2002).

Austro-Marxism was the peculiar interpretation of Marx's thought brought forth as an ideology by the Austrian Social Democrat ideologues, approximately between 1905 and 1934, spreading throughout the Austro-Hungarian Empire, and the Austrian Republic after World War I: Austro-Marxism included a number of Intellectual-Executives (all of Jewish origins) who taught the generations to come. In the first thirty years of the 1900s Vienna was the capital of European culture, where psychoanalysis and neo-positivism were born; moreover, Marx's thought gets contaminated by other cultures and scientific research (Fornero & Tassinari, 2002). It's within Austro-Marxism that the first Marxist analysis on imperialism takes place (Rudolf Hildeferding's "Financial Capital"), the first Marxist critique against Neoliberalist Marginal Economics (still Rudolf Hildeferding's work), the relationship between Socialism and national issues (Otto Bauer), between Marx and Kant (Max Adler). In particular, after the dissolution of the Austro-Hungarian Empire and the proclamation of the Austrian Republic, the Socialist Party gains momentum and becomes the main party promoting those significant social reforms that will make Austria, and Vienna in particular, the cradle of the most advanced Welfare system in Western Europe. As of today Austria remains one the most socially advanced country (Fornero & Tassinari, 2002).

This is the political climate within which Adler nurtures his own theoretical model.

VI. "The Recommended Little Beater": a vehement and subtle denouncement of power games

The associates at "Arbeiter-Zeitung" dealt with public interest issues and aimed at Socialist readers. We may not underestimate the fact that criticizing the Austrian authorities during the Austro-Hungarian Empire was extremely "dangerous". This is why some authors devised a small and elegant "trick" to sidestep the problem – the same as Aladin (Alfred Adler): they analyzed some case and

some "particularly striking and politically unfair situations", and they made them look as if they had occurred in a different setting, somewhere beyond the boundaries of the Austro-Hungarian Empire. In the case of "The Recommended Little Beater", almost an oriental fairy tale in the "Feuilleton" section, the subject therein was very important: power games between the aristocrats of the time, the so-called notables, and the representatives of the "German" public healthcare system, not the "Austrian" one.

This way the "Charité" of faraway Berlin emblematized a situation that might have occurred at Vienna's "Allgemeine Krankenhaus" as well. The social denouncement transfigured by the veil of satire and irony, in the form of a paradoxical account, was under every reader's eye.

Hence, the local *censorship* could not raise any kind of critique. Adler chooses an ironical approach so to protect himself and the newspaper he writes for, a newspaper that was characterized by a Socialist orientation and aimed at the workers.

Besides, he prefers to use the pseudonym "Aladin" in order to feel even freer to denounce the long-term scam in hospitals, where the concept of "care" of the sick – seen as a person in Adlerian terms - gets often pushed into the background.

Within the setting of this so-called "oriental fairy tale" we are able to see fraud, vanity, falsity, power games, the instrumental use of human life for egotistic purposes, the dances of creepy and hypocritical powers, which uses a counterfictional mask such as *charity donations*, whose ultimate end is to enhance one's *will to power.*

And we, astonished and outraged readers, may not refrain from being considerate and surprised by the poor "beater", the "Treiberlein", the humble aide-de-camp of usually noble beaters, a man who represents the *man of the street*, in the end the kind of reader "Arbeiter-Zeitung" newspaper aimed at: the worker.

VII. **Conclusions**

At this point, we understand why the first complete work of Alfred Adler - a 31-page pamphlet - got published one year later, in 1898, when he was 22 years old: "the Manual for the Health of Tailors" describes the health conditions of tailors and delves into the relationship between their job and the onset of certain kinds of diseases. «Adler was a fervent Socialist and he obviously tried to come down to a synthesis between Socialism and Medicine » (Ellenberger, 1970, p. 689).

I have tried to describe a "note-widely-known account"; what comes next is part of "Official History": in 1902 the decisive encounter with Sigmund Freud becomes reality, and Adler joins Vienna's psychoanalytic group to participate in the renowned meetings that take place at 19, Berggasse, Freud's house, each and every Wednesday evening.

(Traduzione in inglese a cura di Massimo Montanari Veracini)

REFERENCES

ADLER, A. (1908). Das Zärtlichkeitsbedürfnis des Kindes. In A. ADLER & C. FURTMÜLLER. (Eds, 1914). *Heilen und Bilden: Ärztlich-pädagogische Arbeiten des Vereins für Individualpsychologie*. München: Reinhardt. (Trad. it. a cura di G. Ferrigno e C. Canzano, Il bisogno di tenerezza del bambino. *Rivista di Psicologia Individuale*, *59,* 2006, 7-15).

ADLER, A. (1918). Bolschewismus und Seelenkunde. *Internationale Rundschau*, Zürich, *IV*, 597-600. (Trad. it. Bolscevismo e psicologia. *Rivista di Psicologia Individuale*, *47*, 7-14).

ADLER, K. A. (1993). Socialist Influences on Adlerian Psychology. *The Journal of Individual Psychology, 50, 2,* 1994, pp. 62-74. (Trad. it. L'influenza esercitata dal pensiero socialista sulla psicologia adleriana. *Rivista di Psicologia Individuale*, *42*, 1997, 43-56.

ALADIN (1897). Empfohlene Treiberlein. *Arbeiter-Zeitung***.** Wien**,** 19.8.1897, 4-5.

ELLENBERGER, H. F. (1970). *The Discovery of the Unconscious: The History and Evolution of Dynamic Psychiatry*. New York: Basic Books. (Trad. it. *La Scoperta dell'inconscio*, 2 voll. Torino: Bollati Boringhieri, 1976).

FERRIGNO, G. ET AL. (2006). Alfred Adler nei Verbali della "Società Psicoanalitica di Vienna" (1906-1911). *Rivista di Psicologia Individuale*. Quaderno n. 14.

FERRIGNO, G. (2008). La relazione empatica adleriana e la ricomposizione dell'interindividualità. *Rivista di Psicologia Individuale, 63*, 3-13.

FORNERO, G., & TASSINARI, S. (2002). *Le filosofie del Novecento*. Vol 1-2. Milano: Bruno Mondadori.

FRÖLICH, P. (1924), *Jahre Krieg und Bürgerkrieg, I. Der Krieg*. Berlin: Vereinigung Internationaler Verlags-Anstalten. (Trad. it. *Guerra e politica in Germania 1914-1918*, Milano: Pantarei, 1995).

MARZOLINI, M. (2001). Su "Bolscevismo e Psicologia" di Alfred Adler. *Rivista di Psicologia Individuale*, *50*, 71-83.

SERGE, V. (1951). *Mémoires d'un revolutionnaire 1901-1941*. Paris: Seuil. (Trad. it. *Memorie di un rivoluzionario 1901-1941*. Roma: Edizioni e/o, 1999).

TROTSKIJ, L. (1930). *Mein Leben*. Frankfurt: Fischer Verlag. (Trad. it. *La mia vita*. Milano: Mondadori, 1961).

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

ALFRED ADLER, OVVERO ALADIN E IL SUO IMPEGNO NEL SOCIALE

Giuseppe Ferrigno

I. Introduzione

Alfred Adler può essere considerato l'apostolo del modello *relazionale*, in un momento storico in cui la fisica causalistica di Newton avvalora in maniera onnipotente il sistema pulsionale libidico freudiano, imperniato sul narcisismo primario totalizzante: Adler, il pioniere, l'eretico, ha avuto il merito di aver preconizzato, sulla scia della fisica olistica di Einstein, l'*individuo indivisibile* come *fenomeno temporale creativamente teleonomico e dotato di una mente relazionale*, non più preda di cieche spinte meccanicistiche di origine biologica, ma portatore di bisogni, motivazioni e valori profondi (Ferrigno et al., 2004).

Alfred Adler è il cantore del *sentimento soggettivo d'inferiorità*, e quindi della fragilità umana e delle emozioni e dei sentimenti a essa collegate, che sempre e comunque consentono di stendere ponti di collegamento invisibile non solo con la mente, ma soprattutto col cuore dell'altro da Sé: l'uomo adleriano è un uomo *finzionalmente* proiettato in un progetto esistenziale del cui prodotto è lui medesimo unico artefice: *l'artista è anche l'opera*. Questa *creazione autopoietica* gli dona la straordinaria sensazione di avvertire se stesso come "parte" attiva all'interno di un "tutto" che comprende l'intero cosmo, "sub specie aeternitatis": *bisogno di tenerezza, senso sociale, sentimento sociale e sentimento comunitario* sono termini tipicamente adleriani che connotano una psicologia particolarmente attenta all'interpersonale e al quotidiano (Ferrigno, 2008).

Ma torniamo indietro e cerchiamo di capire, soprattutto, l'uomo Alfred Adler e come egli sia giunto a teorizzare pioneristicamente una teoria "interindividuale e intersoggettiva" in un'epoca fortemente impregnata di orientamento pulsionale.

II. Lo sfondo politico-culturale nella Vienna dell'Impero austro-ungarico

Kurt Adler (1993), ci invita a fare un'articolata riflessione sul clima sociale, culturale e politico che si respirava a Vienna fra la fine del XIX e gli inizi del XX secolo per poter scoprire i fattori che hanno potuto alimentare lo specifico interesse di Alfred Adler per le problematiche sociali.

L'Impero austro-ungarico, venuto alla luce nel 1867 come frutto del compromesso tra la nobiltà ungherese e la monarchia asburgica, si fondava su due regni distinti ma paritari. Austria e Ungheria, infatti, beneficiavano di istituzioni, parlamenti e ministeri completamente separati: per l'Ungheria la capitale era Budapest, per l'Austria Vienna: un impero multietnico sorto in un periodo storico fecondo sul piano delle idee e ricco di spinte nazionalistiche. L'impero austro-ungarico, incessantemente tormentato da contrasti insanabili fra i molteplici gruppi etnici che lo costituivano, viveva, tuttavia, un'incalzante crescita economica che si accompagnava a una straordinaria modernizzazione anche sul piano delle riforme liberali (Fornero & Tassinari, 2002). Solo nel 1919 nascerà la Repubblica

Federale Austriaca in seguito alla dissoluzione dell'Impero asburgico e alla pesante sconfitta subita dagli Imperi centrali dopo la prima guerra mondiale.

L'Austria tra la fine dell'Ottocento ed i primi decenni del Novecento appare già avviata verso l'inevitabile viale del tramonto della dinastia asburgica, pur tuttavia Vienna vive una stagione particolarmente fulgida sia per quanto concerne le innovazioni scientifiche e culturali sia per gli interessanti fermenti sociali, politici e culturali impregnati di grande inquietudine e al contempo di prorompente passione. Assistiamo all'emergere non più contenibile di una nuova classe lavoratrice, che va sempre più popolando le grandi città, in particolar modo Vienna, dove emergono in primo piano problemi sociali riguardanti le scuole, le case, il lavoro, la disoccupazione, lo sfruttamento minorile, l'assistenza sanitaria, l'emancipazione della donna: ben presto esplode in modo prorompente lo scontento degli artigiani, commercianti, contadini e dei nuovi ceti medi, liberi professionisti, funzionari e impiegati pubblici. Di esso si fanno interpreti e portavoce nuovi protagonisti politici e due grandi partiti di massa, quello socialista e quello cristiano-sociale (Fornero & Tassinari, 2002).

A codesto quadro politico e sociale fa da sfondo una vivacità culturale della capitale austriaca senza precedenti: fermentano molteplici energie intellettuali, espressione della crisi dell'Impero e nello stesso tempo dell'inarrestabile spinta utopica foriera di un'epoca nuova, densa di promesse.

Max Adler, figlio di un facoltoso commerciante ebreo, si trasferisce con la famiglia a Vienna, divenendo ben presto uno dei *leader* più rappresentativi del *Partito socialdemocratico austriaco*. Nel 1889 egli fonda il giornale socialista "Arbeiter-Zeitung" ("Il giornale dei lavoratori"), di cui egli diviene direttore fino alla morte. Altri importanti collaboratori del giornale "Arbeiter-Zeitung" sono Viktor e Friedrich Adler, Otto Bauer, Karl Renner: gli ultimi due più tardi diventeranno *leader* indiscussi del socialismo austro-tedesco abbozzando vari programmi per la soluzione del problema delle nazionalità (Fornero & Tassinari, 2002).

III. Alfred Adler nella Vienna *fin de siècle,* culla della cultura mitteleuropea

Alfred Adler nasce il 7 febbraio nel 1876 a Peinzing, sobborgo di Vienna, da una famiglia ebraica ungherese proveniente dal Burgenland, «piccolo stato cuscinetto fra l'Austria e l'Ungheria, con storici legami commerciali e culturali con la vicina Vienna, pur in realtà appartenendo all'Ungheria» (Ellenberger, 1970, p. 655). Gli ebrei provenienti dal Burgenland godevano di specifici privilegi nei confronti della maggior parte degli ebrei dell'impero e di un particolare stato giuridico meno discriminante. «Nel caso di Adler la situazione era del tutto differente. La tradizione ebraica non aveva altrettanta importanza per gli ebrei che provenivano dalle comunità religiose del Burgenland. Poiché era nato a Vienna, il Burgenland non rappresentava un paradiso perduto; al contrario fu persino un elemento negativo nella sua vita: infatti fu iscritto all'anagrafe non come cittadino austriaco ma come cittadino ungherese, il che lo sottoponeva alle leggi di un paese di cui non conosceva la lingua e lo privava di molti privilegi che a Vienna erano concessi solo agli austriaci. (Acquistò finalmente la cittadinanza austriaca nel 1911). [...] Adler passò così la maggior parte della sua fanciullezza nei sobborghi della città, giocando e litigando con ragazzi non ebrei, molti dei quali appartenevano ai ceti inferiori. […] Egli si considerava partecipe della vita popolare della città e la sua profonda conoscenza dei modi di dire viennesi gli permetteva di parlare in pubblico come avrebbe potuto fare un

vero viennese. È comprensibile quindi come il concetto del "senso di comunità" dovesse diventare il momento centrale delle sue dottrine (*Ibid*., pp. 663-664).

Il padre Leopold, che non ebbe molta fortuna nella sua attività di piccolo commerciante di cereali, ad un certo punto, dovette far fronte a un grave fallimento finanziario e grazie all'intervento di Sigmund, il fratello maggiore di Alfred, la famiglia riuscì ad acquisire condizioni di vita più confortevoli. «Quasi nulla si sa dell'adolescenza di Adler, al di fuori della vita scolastica. I suoi biografi riferiscono che era appassionato di musica, di canto e di teatro, e che era un ottimo attore» (*Ibid*., p. 665).

IV. Alfred Adler il magiaro: Aladár-Aladin

La sua infanzia e la sua adolescenza trascorrono durante gli anni più prosperi della monarchia austro-ungarica. Subito dopo aver terminato gli studi superiori, presso l'*Hernalser Gymnasium*, nel 1888 Adler s'iscrive alla Facoltà di Medicina dell'Università di Vienna. «È probabile che egli dedicasse [… molto] tempo al perfezionamento della pratica clinica. […] Negli archivi dell'Ospedale generale Beckh-Widmanstetter non trovò nessun incarico […]. Considerando che gli incarichi remunerativi erano riservati ai cittadini austriaci, e ricordando che Alfred Adler era ungherese, egli poteva svolgere soltanto prestazioni volontarie non remunerate. Tuttavia troviamo il suo nome nell'elenco dei giovani dottori che lavoravano al Policlinico nel 1895-1896. […] Conseguì la laurea in medicina il 22 novembre 1895. Nel 1896 lavorava nuovamente al Policlinico, ma il suo servizio non poté durare a lungo poiché fu richiamato […] per completare il suo secondo semestre di servizio militare obbligatorio, nel 18° Ospedale militare di Pressburg, appartenente all'esercito ungherese, dove prestò servizio col suo nome magiaro di Aladár Adler (*Ibid*., pp. 666-667).

In quegli anni il giovane Alfred Adler era affascinato dalle idee socialiste e marxiste e frequentava assiduamente le associazioni socialiste studentesche. «I suoi pazienti appartennero per la maggior parte al ceto inferiore o medio, e i problemi sociali rimasero sempre il momento centrale dei suoi interessi» (*Ibid*., p. 654).

Già nel 1896-97 egli lavora, come medico volontario, presso il Policlinico di Vienna, un'istituzione benefica sorta per l'assistenza gratuita ai lavoratori. Alfred Adler si era avvicinato e appassionato alle idee socialiste fin dalla giovinezza. «Da studente frequenta i circoli socialdemocratici viennesi e in questi gruppi conosce la futura moglie Raissa Timofeevna Epstein, ebrea moscovita venuta a Vienna per compiere gli studi. Tramite Raissa, che già in patria era entrata in contatto e simpatizzava con il movimento rivoluzionario russo, Adler incontra a Vienna alcune figure di spicco, in fuga dalle persecuzioni zariste, prima fra tutte Lev Trotskij, stabilitosi esule nella capitale austriaca nel 1907. La moglie di Trotskij era amica di Raissa Adler» (Marzolini, 2001, p. 71). Il futuro capo dell'Armata Rossa rievocherà, inoltre, nella sua auto-biografia, come il suo principale collaboratore alla "Pravda", A. A. Joffe (in seguito noto diplomatico sovietico), seguisse in quel periodo un trattamento psicoanalitico presso il "noto medico viennese" Alfred Adler (Trotskij, 1930).

La frequentazione con gli intellettuali rivoluzionari russi e la partecipazione agli incontri politici di carattere socialdemocratico, negli anni immediatamente precedenti la guerra, costituiscono per Adler occasione d'approfondimento e di dibattito sulle prospettive del socialismo e sulle questioni sociali. In quegli anni egli sostiene a più riprese la necessità che le terapie siano offerte da un servizio

sociale gratuito per i lavoratori e tende a rivolgersi a un tipo d'utenza del tutto inedito per la pratica psicoanalitica, il proletariato urbano, che si va organizzando nei sindacati, nelle cooperative e nei partiti socialdemocratici. Adler coglie pertanto una continuità sostanziale che unirebbe, secondo una linea ininterrotta, la tradizione utopistica del primo socialismo ad alcuni aspetti della dottrina marxista. Del programma socialista egli è attratto dall'aspetto pacifico, umanitario e non violento. Anche all'interno della "Società per la Psicologia Individuale", da lui fondata nel 1911 con un gruppo di collaboratori quasi tutti appartenenti al Partito socialdemocratico austriaco, egli si mantiene costantemente su posizioni moderate. Egli condanna il marxismo rivoluzionario e si mostra, da sempre, toccato in maggior misura dai richiami ideali alla pacificazione generale (Marzolini, 2001).

Nel 1897 sposa Raissa Epstein che, donna intelligente, battagliera, anticonformista, poco interessata alla cura nel vestire e ai lavori domestici, influenza la visione adleriana del femminile (Ellenberger, 1970; Marzolini, 2001). Comprendiamo, così, l'attenzione sempre riservata dalla Psicologia Individuale al ruolo della donna nella società e al concetto di *protesta virile*.

Ellenberger (1970) dichiara inoltre: «Stando a quanto affermano i suoi familiari, in questo periodo Adler aveva scritto vari articoli, sotto diversi pseudonimi, per l'"Arbeiter-Zeitung", il quotidiano socialdemocratico di Vienna; finora però non è stato possibile identificare questi articoli. […] Nel numero della rivista del 15 ottobre 1902 apparve un articolo con lo pseudonimo di Alladin [Aladin è la vera dicitura che noi proponiamo, *N.d.D.*], che fu quasi certamente scritto da Adler (ricordiamo che il suo nome ungherese era Aladár)» (pp. 689- 690).

V. Arbeiter-Zeitung: "Il piccolo braccatore raccomandato"

In realtà, già il 19 agosto 1897 e non nel 1902, contrariamente a quanto scrive Ellenberger (1970), Alfred Adler firma sul quotidiano "Arbeiter-Zeitung" un articolo dal titolo "Il braccatore raccomandato" con lo pseudonimo Aladin, nome che richiama per assonanza il suo vero nome magiaro "Aladár". Sappiamo, infatti, come già scritto nel paragrafo III, che Alfred Adler completa «il suo secondo semestre di servizio militare obbligatorio, nel 18° Ospedale militare di Pressburg, appartenente all'esercito ungherese, dove prestò servizio col suo nome magiaro di Aladár Adler» (p. 667).

L'"Arbeiter-Zeitung" ("Il giornale dei lavoratori"), fondato come giornale socialista da Victor Adler il 12 luglio 1889, è inizialmente quindicinale, diviene settimanale da ottobre 1889 e successivamente esce due volte alla settimana. Dal 1° gennaio 1895 è quotidiano. "Arbeiter-Zeitung", proibito nel 1934 dopo la pubblicazione del 13 febbraio, ricompare il 4 agosto 1945 come organo principale del partito socialdemocratico d'Austria e fino al 1989 è un periodico di notizie austriache e internazionali. Fra il 1985 e il 1991 è pubblicato con il titolo "Neue AZ" ("Nuovo AZ"); dal 1989 al 1991 uscirà semplicemente con il titolo "AZ", in qualità di giornale indipendente, cessando definitivamente la pubblicazione nel 1991. Nel 1920 "Arbeiter-Zeitung" raggiunge 100.000 copie di tiratura, che si riduce di un quarto dal 1960 al 1990.

Attorno al giornale, come si è detto precedentemente, ruotavano personaggi di spicco del partito socialdemocratico austriaco come Max Adler, Vicktor e Friedrich Adler, Otto Bauer, Karl Renner, tutti esponenti di primo piano del nascente "austromarxismo" (Fornero & Tassinari, 2002).

L'austromarxismo, che rappresenta l'ideologia sviluppata dai teorici del partito socialdemocrati-

co austriaco, è stata quella peculiare interpretazione del pensiero di Marx che si è sviluppata nell'impero austro-ungarico e poi nella repubblica austriaca del dopo I Guerra Mondiale, dal 1905 al 1934 circa: l'austromarxismo annoverava una serie di intellettuali-dirigenti (tutti di origine ebraica) che hanno fatto scuola. Vienna è stata nei primi trent'anni del '900 la capitale della cultura europea, in cui nascono la psicanalisi e il neo-positivismo; il pensiero di Marx, inoltre, si contamina con altre culture e con la ricerca scientifica (Fornero & Tassinari, 2002). È nell'austromarxismo che si sviluppa la prima analisi marxista sull'imperialismo (il "Capitale Finanziario" di Rudolf Hilferding), la prima critica marxista all'economia marginalista neoliberale (sempre ad opera di Hilferding), il rapporto tra socialismo e questione nazionale (Otto Bauer), tra Marx e Kant (Max Adler). In particolare dopo la disgregazione dell'impero austro-ungarico e la proclamazione della Repubblica, in Austria nei primi anni 20 il partito socialista assurge a primo partito e promuove significative riforme sociali che renderanno l'Austria, e Vienna in particolare, la sede del sistema di Welfare più progredito dell'Europa occidentale. Ancora oggi l'Austria resta uno dei paesi più avanzato socialmente (Fornero & Tassinari, 2002).

Questo è il clima politico all'interno del quale Adler alimenta il proprio modello teorico.

VI. "Il piccolo braccatore raccomandato": agguerrita e sottile denuncia dei giochi di poteri

I collaboratori del quotidiano "Arbeiter-Zeitung" trattavano temi di interesse pubblico per lettori socialisti. Ma non dobbiamo sottovalutare il fatto che in pieno impero austro-ungarico fosse estremamente "pericoloso" criticare le autorità austriache. Pertanto, gli autori di alcuni articoli utilizzavano, esattamente come Aladin (Alfred Adler), un piccolo ed elegante "trucco" per ovviare al problema: analizzavano certi casi e certe "situazioni particolarmente eclatanti e politicamente scorrette" ambientate, però, al di fuori dei confini dell'Impero austriaco. Nel caso del "Braccatore raccomandato", quasi una "fiaba" orientale inserita all'interno della rubrica "Feuilleton", è importante il tema che viene affrontato: gli intrighi di potere intrecciati dai nobili dell'epoca, i cosiddetti notabili, con i rappresentanti del servizio sanitario pubblico "tedesco", non "austriaco".

Così la "Charité" della lontana Berlino emblematizzava una situazione che avrebbe potuto svilupparsi anche nella "Allgemeine Krankenhaus" di Vienna. La denuncia sociale, trasfigurata attraverso il velo della satira e dell'ironia sotto forma di racconto paradossale era palesemente evidente a qualsiasi lettore.

La *censura* locale non avrebbe potuto, perciò, sollevare alcun tipo di critica. Adler sceglie l'approccio satirico per proteggere se stesso e anche il giornale per cui scrive, che come abbiamo visto aveva un orientamento socialista e si rivolgeva ai lavoratori.

Inoltre, egli preferisce usare lo pseudonimo "Aladin" per potersi sentire ancora più libero nella denuncia di un malaffare purtroppo molto consueto, ieri come oggi, negli ospedali in cui spesso passa in secondo piano la "cura" della sofferenza del malato, inteso adlerianamente come persona.

In questa, così come l'abbiamo definita, "fiaba" orientale, invece, predominano la frode, la vanità, la falsità, i giochi di potere, l'uso strumentale della vita umana come mezzo per innalzare l'immagine di sé, i balletti di un potere bieco e ipocrita, che si serve di una mascheratura controfinzionale come le *donazioni e la carità*, per ottenere fini che si collocano al servizio solo della *volontà di potenza*.

E noi lettori, stupiti e indignati allo stesso tempo, non possiamo che provare rispetto e compartecipazione per il povero "braccatore", per il "Treiberlein", il piccolo aiutante dei cacciatori, generalmente nobili, il quale simboleggia l'*uomo comune della strada* che in fondo era l'obiettivo, cioè il tipo di lettore, a cui si rivolgeva "Arbeiter-Zeitung", giornale appunto dei lavoratori.

VII. **Conclusioni**

Arrivati a questo punto, comprendiamo il motivo per cui l'opera prima completa di Alfred Adler sia un opuscolo di trentuno pagine pubblicato, un anno dopo, nel 1898, a soli 22 anni, il "Manuale per la salute dei sarti", che descrive le condizioni igienico-sanitarie dei sarti e analizza le relazioni fra il tipo di lavoro e la comparsa di alcune malattie. «Adler era un fervente socialista e cercava ovviamente di arrivare a una sintesi fra socialismo e medicina» (Ellenberger, 1970, p. 689).

Ho cercato di descrivere in poche pagine una "storia poco conosciuta", il seguito fa parte ormai della "storia ufficiale": nel 1902 avviene l'incontro fatidico con Sigmund Freud ed Adler entra nel gruppo psicoanalitico di Vienna per partecipare alle famose riunioni che si svolgono al 19 della Berggasse, in casa Freud, il mercoledì sera.

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

THE SIGNIFICANCE OF THE PARADOXICAL EFFECT IN ADLERIAN PSYCHOTHERAPY

Michael Titze

Abstract

The so-called common sense usually conceives psychosomatic symptoms as something deficient, something negative. Those who do not share this negative judgment, but interpret the corresponding symptoms as something positive − i.e. as an expression of defensive resources − move on paradoxical ground. Normal everyday comprehension expects that a therapist will do his/her best to cure the neurotic symptoms: Thus, the therapist is expected to eliminate these symptoms. If the therapist is evaluating such symptoms, weaknesses and shortcomings as the expression of an inner resource, s/he proceeds − from the conventional point of view − paradoxically. But the paradoxical approach will open up completely new perspectives, so that the good in the bad will be just as visible as the bad in the good. In this way, excessive ideals are relativized and sharp discrepancies are harmonized.

Keywords

PURPOSE OF SYMPTOMS, DEFENSIVE RESOURCES, PRESCRIPTION OF SYMPTOMS, HUMOR

Riassunto

Solitamente il cosiddetto buon senso concepisce i sintomi psicosomatici come qualcosa di carente, di negativo. Chi non condivide questo giudizio negativo, ma interpreta i sintomi corrispondenti come qualcosa di positivo, vale a dire come espressione di risorse difensive, si muove su un terreno paradossale. La normale comprensione di tutti i giorni si aspetta da un terapeuta che faccia di tutto per curare i sintomi nevrotici. Egli dovrebbe pertanto eliminare questi sintomi. Se il terapeuta valuta tali sintomi, debolezze e difetti come l'espressione di una risorsa interiore, egli procede ─ dal punto di vista convenzionale ─ paradossalmente. E questa è la verità. Tuttavia, l'approccio paradossale apre una prospettiva completamente nuova, in quanto il buono è altrettanto visibile nel cattivo come il cattivo nel buono. In questo modo, gli ideali vengono relativizzati e le forti opposizioni si armonizzano.

Parole chiavi

SCOPO DEI SINTOMI, RISORSE DIFENSIVE, PRESCRIZIONE DEI SINTOMI, UMORISMO

«*The patient should be instructed not just to accept his fear but also to laugh at it. This requires a courage to be ridiculous».*

V. E. Frankl

I. The Adlerian approach: The good in the bad

The symptoms of mental illness usually present themselves not only as hardship, but also as an indication of a shameful weakness and inability that is regarded as being self-inflicted[1]. This evaluation is − especially for highly rational and scrupulous persons − embarrassing and, therefore, unacceptable. Hence, these signals of distress are fought desperately. As a matter of fact, neurotic symptoms are also a way of protection, a final support in life situations that are perceived as threats. The therapist's task, then, is to show the patient that symptoms not only are an expression of deplorable weakness but also function as ingenious means that can be useful for one's own self-affirmation.[2]

[1] In the case of physical and psychosomatic symptoms, the situation is different: These shortcomings are generally valued as having been imposed by fate. The person's own weakness (in terms of one's own will) is mostly not taken into account in these cases.

[2] In his Adlerian phase, Frankl (1926) outlined that neurotic symptoms have two functions: On the one hand, they are an expression of an underlying psychic disease. On the other hand, they function as means with regard to an unconscious goal.

Neurotic symptoms appear when one is convinced of their inability to solve important life tasks in an active and courageous way. In such cases, fear and shame are the decisive emotions that inhibit the person from courageously facing the difficulties of life. Therefore, discouraged people tend to shy away from such issues. Instead, they try to protect themselves by using specific evasive means in order to escape from dangerous life situations. To justify such a safeguard maneuver, the neurotic patient needs a final causation that functions simultaneously as an excuse to one's own conscience. Exactly this purpose is being fulfilled by psychosomatic symptoms.

The patient must be made aware of this in order to comprehend how the respective symptoms function as defensive resources[3]. This use of defensive means is necessary because the patient lacks the courage to deal assertively with the problems of life. The precondition for this capability is the disposability over expansive resources[4]. But precisely such a capacity is missing in the case of discouraged people because it has been suppressed in the course of their life experience. It can be disclosed and made available only in an indirect way. This reactivating procedure works through constant encouragement. This, in turn, has to make use of the symptoms' paradoxical benefits in their capacity as defensive resources. The guiding principle is: Everything is good that strengthens the patient and helps him/her to be more expansive. All interventions that discourage the patient and weaken his/her self-confidence should be considered counterproductive.

In this context, the therapist has to leave the land of normality and proceed to the sphere of abnormal incongruity and absurdity. By now, the therapist can see not only the patient's symptoms with "positive eyes," but also any kind of inadequate behavior, and is able to communicate this to the patient. This means that the therapist is interpreting such transgressions as an expression of a suitable defensive strategy of existential survival.

If a symptom is appreciated with regard to its significance as a defensive resource, this usually evokes an increased sense of competence and self-acceptance in the patient. In addition, the capacity for self-determination is supported. In this context, a "translation" will come about because the symptomatic behavior is revalued as a specific resource. Here are some examples (Weeks, 1977):

- stubborn intransigence = consistent behavior;
- immature behavior = being nonconformist;
- living a secluded and isolated life = living a contemplative life;
- being extremely withdrawn = taking care of oneself;
- being passive = accepting things as they are;
- being excessively unsocial = selecting his/her friends carefully;
- being servile = seeking authority and guidance as a method of self-discovery;
- trying to control everything = structuring confused conditions;
- being impulsive in an inadequate way = wishing to be spontaneous;
- being undisciplined = seeking one's own way of life;
- crying for no reason = being able to express painful feelings authentically.

[3] When we define resources in general terms, we conclude that they are a source of existential security and self-protection.
[4] This ability is a prerequisite for the acquisition of courageous self-assertion.

Under these conditions, the therapeutic process can assume the form of a creative act. Everything that the patient does (or does not do) can be conceived as the manifestation of an implicit life plan (i.e. a script) that has a deeper meaning. When seen from a conventional viewpoint, this clever strategy might appear to be a mere accumulation of deficits and failures. But this perspective is biased. To illustrate this, we can consider the figure of the clown. The clown is an (voluntary) expert in the art of stumbling. In an analogous way, the neurotic patient turns out to be an (involuntary) expert in all kinds of failure − i.e. s/he masters the art of making good use of symptoms. However, s/he is not aware of this ability. Therefore, the development of awareness has to be stimulated in the therapeutic situation. In essence, this is a process of constant encouragement, playfully directing the patient to his/her inherent resources.

II. The origins of paradoxical therapy

The fundamental idea of paradoxical therapy corresponds to the homeopathic principle of treating the same with the same (*similia similibus curantur*). The *Corpus Hippocraticum* contains the following sentences that sound rather absurd at first: «The sickness will be cured by its opposite […]. Another type of therapy is as follows: by means of the application of something similar the sickness is cured» (Blankenburg, 2003, p. 129). This paradoxical principle was taken up by Samuel Hahnemann (1810) at the beginning of the 19th century for use in his homeopathic medicine. But the psychotherapy of the 18th century had already discovered the countless possibilities that were opened up by this principle.

In this context, the English physician John Hunter described in 1786 the paradoxical treatment of erectile impotence. After having noted the patient's medical history, Hunter realized that his patient's inability to have sex followed a paradoxical principle: In his attempt to perform the sexual act perfectly, the patient had been mentally weakened. This weakness caused a fear that he would not be successful and this fear was the real reason for his sexual inability.

Hunter told the patient that he could be cured if he could rely on the power of his own self-denial. To achieve this, the man had to do the following: before he intended to have intercourse with his sexual partner, the woman should have been sleeping at his side for six nights without them having any sex.

Hunter (1788) writes: «About 14 days later, this man told me that the decision to avoid sexual intercourse had caused a complete change in his mood. Instead of going to bed with the fear of failure, this man was going to bed with the fear of being seized by such an excessive desire, that it would be difficult for him to obey my order. And so it came about! After the ban had been broken, his soul and his power interacted again. From then on there was no other relapse» (p. 38).

Hunter had clearly intervened in a paradoxical way. He did not fight the symptoms of impotence through reason, which would have been the strategy of conventional psychotherapy. However, if the expected success does not come about, the arguments of reason can easily be converted into coercion. In this case, the therapist has to make a great effort to change the patient's behavior. But exactly that endeavor may not be compatible with the patient's clandestine intention. This incompatibility could easily pave the way for a power struggle because the patient reacts with understandable dissatis-

faction, showing skepticism toward the therapist, which in depth psychology is called "resistance". There is an Adlerian technique that is designed to countervail exactly that resistance. The details are hereinafter described.

III. Anti-suggestion

As one of the first representatives of Western psychotherapy, Alfred Adler started applying paradoxical methods in 1914. For example, he recommended to people who suffered from insomnia, not to suppress their insomnia, but instead to do everything possible to stay awake. In this context, Adler asked his patients to think of such a symptom as something positive, i.e. as «a positive evidence of a treatable disease» (Adler, 1928, p. 173).

Adler was once consulted by a family that was being tyrannized every morning by their daughter of preschool age who would spend hours crying and fussing over her hair. Adler gave her this advice: «Write with bold type on a piece of paper and hang it over the head of your bed: Every morning I have to control the whole family!» (Adler, [1930] 1974, p. 31)

Adler also made a reference to a patient who had suffered from the consequence of unconscious swallowing of air (*aerophagia*). Adler gave him this advice: «When you are going to leave home and are in a conflict, immediately start to swallow some air» (Adler, 1929, p. 108).

The Adlerians called this technique "anti-suggestion" and Rudolf Dreikurs described the method in 1932: «A very special trick that is not only surprising, but that also guarantees the understanding of the conditions for the emergence of neurosis, is a method that Adler has described repeatedly and that had been named by Wexberg as anti-suggestion. […] This trick means to advise the patient, under any pretext, to reinforce his symptom [...]. One can always find, in the case of functional disorders, anxiety, obsessive impulses, etc., that the symptom loses intensity when it is consciously attempted to strengthen it. The symptom could disappear altogether if these attempts would be practiced for a longer time [...]. By the means of anti-suggestion it becomes possible to show the patient quite plainly that his fight against the symptom is not without meaning but, on the contrary, a useful precondition to evoke the symptom. [...] If the patient ceases to fight his symptom, that will cause firstly a reduction of stress. And in consequence, the symptom will disappear. But this will be the case only if the patient does wish to reinforce the symptoms instead of fighting them» (Dreikurs, 1932, p. 171).

IV. Conceiving the symptom as an expression of assertiveness

In addition, Adler applied further paradoxical methods, recommending frank acceptance of the patient's resistance. Adler's approach sought to avoid any fight with the patient (Titze, 1977, 1979a, b). This strategy is demonstrated in the following case study.

Mrs. M. has suffered for many years from severe claustrophobia. She did not dare leave her home for years out of fear of collapsing on the road and causing thereby a "horrible sensation." Mrs. M. is a scrupulous and conscientious woman who does not remember ever having been angry with another person. Despite being 31 years old, she still lives with her mother, a lively lady who has always tried to make life easier for her only daughter. After having lost her husband about five years

ago, this daughter had been "completely taken into custody" by her mother (as Mrs. M. put it).

Understandably, the attitude of Mrs. M. toward her mother was ambivalent: On the one hand, she needed her mother as a crutch, because she felt weak and unable to live alone. On the other hand, the mother seemed to be the cause of her joyless life. This she dared not admit consciously, because she necessarily wanted to be a "good daughter." In this context, her claustrophobia served − unconsciously, of course − the purpose of an important securing function: By means of her symptoms, she could put her mother into service. As a result she acted as a "reigning slave" (Künkel, 1928). She could also, with the aid of her symptoms, control and tyrannize her mother. The latter is easy to understand because Mrs. M. showed a hidden resentment toward her mother.

Given this precarious situation, the therapist initiated the process of paradoxical change with these words: «Your claustrophobia is currently your only way to achieve a certain level of human dignity and maintain strength of character. Under this condition, everyone has to deal respectfully with you. Just imagine how weak you would appear to your mother if you did not have this fear! But can you imagine having other aids available to defend yourself against her? As long as this is not the case, I highly recommend not only to accept your claustrophobia, but to do everything possible to intentionally cause this anxiety. What I am saying is that you could show the world how miserable you are! Just imagine how much compassion and sympathy you could get this way».

Mrs. M. responded, understandably, with objections, each of them revolving around the same theme − namely, the embarrassment that could be caused if she were to collapse on open road. The therapist now exaggerated these mental constructs until Mrs. M. snorted with laughter. While remaining unaffected, the therapist continued: «Imagine how embarrassing it will be for passersby when you collapse on the open road! People will not know if you are epileptic or have just had a full-blown heart attack. Nobody will despise it. Pull yourself together, then, to bring people as often as possible into this kind of embarrassment! Naturally, this action would be especially striking if you could do this in the company of your mother …».

What has been described is nothing but a prescription of symptoms (Nardone & Watzlawick, 1990; Palazzoli et al., 1975; Weeks & Abate, 1982). The patient is encouraged to mock the "terrible symptom". On this basis, a new attitude toward the symptom can be obtained by the patient.

The paradoxical objective of such a prescription of symptoms is to convey the certainty to the patient that symptomatic behavior does not always come about involuntarily and unconsciously (which generates anxiety). Rather, this behavior may occur if the therapist prescribes the respective symptoms under controlled conditions: in this regard, the therapist encourages the patient to develop symptomatic behavior. If the patient maintains his symptoms, s/he behaves in accordance with the therapist's expectations. In this case, the patient is acting correctly. Thereby the symptom loses its fright potential and, hence, is deprived of its fatal power. Another possibility is that the symptom may disappear, which would be a paradoxical success. Therefore, the prescription of symptoms is the most common form of a therapeutic paradox. It is precisely this strategy that generates self-assuredness. The implicit message is: Maintain and strengthen the symptom deliberately in order to get rid of it (Weeks & Abate, 1982)

Gerald Mozdzierz and his colleagues (1976) briefly describe the different aspects of paradoxical treatment from the perspective of Adlerian psychology:

1. *accepting the symptom:* the patient may retain his/her symptom;
2. *forecast of the symptom:* the recurrence of symptoms or relapse of anxiety disorder is predicted to the patient;
3. *exaggeration of the symptom:* the patient is encouraged to exaggerate his/her symptom; moreover, the therapist takes the symptom more seriously (but in a humorous way) than the patient;
4. *defining the symptom in a pro-social way:* the symptom is not evaluated in a negative way, but is instead construed as generating positive effects;
5. *the prescription of the symptom*: the patient is instructed to call forth the symptom in a vigorous way;
6. *the formation of the symptom:* the patient is instructed to perfect his/her symptomatic behavior[5].

V. Paradoxical intention: applying ironic exaggerations

Viktor E. Frankl was a disciple of Adler for several years (Titze, 1985). It was Frankl who renamed the method of anti-suggestion in 1939 as «paradoxical intention»[6] (Brunner & Titze, 1995, p. 365). In the following years, Frankl succeeded in refining this method and making it an integral part of modern psychotherapy. The method is in line with the tradition of symptom prescription that had been initiated by Adler.

The instruction for paradoxical intention is that the patient has «to wish or attempt to achieve exactly that which he had feared so much in the past» (Frankl, 1984, p. 124). This includes the typical symptoms of anxious patients − i.e. blushing, trembling, sweating and palpitations. In this context, the patient is specifically encouraged to exaggerate his fear using humorous formulas because humor creates distance. Frankl (1975) explains this technique with the following example: «Today, I am going to have a stroke!» (p. 185) This intention should be kept in mind especially by patients who suffer from agoraphobia.

The patients in question are systematically instructed on how to lose their dread of all the things that they are convinced are "terrible" or "catastrophic." Such patients are encouraged, in this context, to seek exactly what they had until now feared so much: blushing in public, attracting inconvenient attention, erectile dysfunction, being infected by pathogens, etc.

These patients are encouraged to laugh at the "terrible symptom" and to prove to themselves that this symptom must not be taken seriously. This can give rise to a new attitude. Someone who is afraid of infection by bacteria should repeatedly recite: «Today, I have already swallowed five million of these little cute animals. Let's see if I succeed, in addition, to pick up a few more millions!».

[5] The family therapists of the Milan group (Selvini Parazzoli et al., 1975) also refer to this effects in the sense of a positive assessment of symptoms. The client's superficial pathological behavior is interpreted as the useful precondition for stabilizing the reintegration of the family's system. This approach, therefore, aims at certain objectives that are to be examined regarding the purpose that a specific symptom pursues as part of the unconscious patient's private logic. The question is: "What can the patient achieve with that symptom?". This goal-seeking competence is consequently highlighted, while the respective incompetence is constantly ignored.

[6] Viktor Frankl (1975b) asserts: «It was Rudolf Dreikurs who gave me the suggestion that there is a "trick" which is analogous to paradoxical intention. Dreikurs used this method already in 1932. Even prior to that date, Erwin Wexberg coined, in this context, the denomination of anti-suggestion» (p. 24).

Someone who is afraid of trembling in public should consciously try to tremble at his best while saying this: «I want to show everyone that I am trying to be a world champion in trembling!" Someone else who fears collapsing in broad daylight should do everything possible "to give people a real show and to ensure a crowd in the middle of the street that the city has never seen!».

Another example of the effectiveness of paradoxical intention is found in one of Frankl's books (Frankl, 1975). Here, a man is described who suffered from a «horrible obsession» (p. 194). He believed that he had estimated his income tax by $300 too low, which meant that he had deceived the government.

He worried that he would be prosecuted by the district attorney and would go to prison. This obsession haunted him for years. No psychiatric and psychotherapeutic treatments had been successful in this regard. The man had even invested in a special insurance at Lloyds in London. This insurance was supposed to protect him from the consequences of any unconscious errors. But all of this was futile.

Eventually, he went to a student of Frankl, who instructed him to use the following paradoxical formula: «To hell with that! To hell with perfectionism! I do not care about anything. They can go ahead and imprison me, the sooner the better! Why should I be afraid of the consequences of any of my failures? They can arrest me three times every day! At least, I will get my money back that way, this beautiful money that I threw down the London gentlemen's throat[7]!».

As a result, the patient began to desire making as many errors as possible. He decided to make more mistakes and to demonstrate to his employees that he was the world's "biggest mistake maker".

When the patient appeared at his therapist's office, he was always addressed with humorous comments, such as: «For heaven's sake! You are still free? I thought you were already sitting behind bars. I have been scouring the newspapers to see if they have already written about the big scandal you have caused!».

Subsequently, the patient would burst out laughing. Increasingly, he adopted an ironic attitude, for example, by saying: «I do not care about anything. They can lock me up without further ado; at least, the insurance company will go bankrupt!».

This paradoxical approach uses the special technique of ironic exaggeration. The tyranny of an absolutizing and "catastrophizing" thinking is exposed to absurdity in such a way that the respective statements are continually exaggerated and ridiculed. This process continues until the catastrophizing thinking loses its threat. In this way, an important first step is to break the vicious cycle of anxiety and frightful symptoms.

To achieve this, Viktor Frankl (1959) recommended the following:

«Nothing is more likely to create distance than humor. We should have the courage to take advantage of this fact. By encouraging the symptom, we try to take the wind out of the sails of the patient's fear [...]. In this way the patient gradually can learn to overcome his symptom. We have to familiarize him with the specific the nature of humor. Only in this way he will eventually succeed in overcoming difficult situations of his life. Certainly, you can smile about this procedure that we teach the patient. He too will smile and thus we have already won the game!» (p. 164).

[7] Translation by the author.

Frankl assumes that the precondition of the beneficial effects of paradoxical intention is that the patient practices behaving in an ironic way. Thus, Frankl refers to a philosophical tradition initiated by Socrates. The rhetorical device here is that the person practicing irony pretends to be in a worse condition than he actually is. Irony involves a technique in which the explicitly raised issue contravenes the implicit meaning.

VI. The ironic function of humor

Søren Kierkegaard (1992) considers the function of irony to be that it enables the speaker to simultaneously view different angles. By presenting conflicting views as equivalent, the risk of unilateral fixation (for example, in terms of an absolute truth) is relativized. Adler also made use of this technique: one night, he was woken from sleep by a phone call at 3 a.m. The caller, a patient of Adler, began to apologize. But Adler interrupted him stoically: «Do not worry! I was waiting for your call by the phone for nearly one hour» (Hazán & Titze, 2011, p. 120).

The obvious untruth (I was waiting for your call) was in marked contrast to the conventional rule (Do not disturb your neighbor's sleep!). But this contradiction was invalidated by irony in a funny way.

Kierkegaard regards the dialectics of skeptical negativity and enthusiastic affirmation as an active agent, which likewise comes into effect in humor (Eschenröder & Titze, 2011). In this way, Kierkegaard confirms the statement of philosopher James Beattie (1776) who traced the genesis of humor to the fusion of two contradictory parts or elements to build up a strange relationship (King, 1977). In precisely this tradition is Adler: for example, he traced the comic effect of jokes to the unexpected fusion of diverse schemes of apperception. Adler (1927) illustrated that coaction by depicting the mode of action in jokes: «While the listener derives his assessment from the normal system of reference, the narrator introduces a new reference system. This latter system is related to the normal system of reference only slightly. Rather, a completely new meaning is introduced» (p. 179)[8],

Another example for the efficacy of ironic dialectic is multiple psychotherapy (cf. Dreikurs et al., 1984). This method was created around 1920, when Adler, on the occasion of public counseling, included different experts to discuss educational issues in a controversial manner, so that different modes of interpretation were made public (cf. Adler's motto, "Everything can be different!"). Based on this setting, a procedure was developed wherein two therapists face a patient while simultaneously taking on «different roles» (Titze, 1979, p. 325). The first therapist identifies with the mandatory commandments of social life (i.e. the secondary scheme of apperception, *common sense*), while the second therapist is in line with the objectives of the patient's individual lifestyle (i.e. the primary scheme of apperception, *private logic*).

Thereby, the second therapist identifies with the private logical views, objectives and strategies of the patient's lifestyle that are − from the point of view of *common sense* − inappropriate. This second therapist provides mirror identification[9] with the "child within the patient". Thus, conflicts within

[8] Translation by the author.

[9] A mirror identification is determined by reciprocal projections. By affectively sharing the patient's unconscious goals and action strategies, the therapist can, in a genuine way, retrace and mirror significant aspects of the patient's lifestyle.

the patient's lifestyle can be externalized. By advocating "his" specific way of life in a disinhibited way, the second therapist will appear to the patient as an assertive "alter ego" − i.e. as someone who faces the challenges of life in a courageous manner. Precisely this makes him a significant object for identification (i.e. an *alter ego*). Out of this context, encouraging effects might arise that reinforce the patient's ego. This process regularly accompanies a humorous reaction that combines mirth and laughter. This is illustrated by the transcript of a paradoxical confrontation that was based upon this principle and took place in a psychiatric clinic.

One of the protagonists was a negativistic schizophrenic who had failed to communicate for many months. Moreover, he was refusing to eat. The therapy started with a session wherein the first therapist argued in a strictly rational and normative way. In particular, he tried hard to convince the patient to eat normally, be gentle with the nurses and participate in conversations with his family members when they came to visit him. As expected, the patient did not react to the therapist's suggestions in any way. The second therapist appeared in the following session. He had been introduced by the first therapist as a young colleague who was in apprenticeship[10] and that his participation in this session could open up the possibility for him to improve his professional skills. Of course, the patient did not react to this information as well. Subsequently, this conversation took place:

First therapist (T1), addressing the patient: «Once again, I want you to start eating. No reasonable person behaves as you do. Every adult is expected to eat on a regular basis, so that his companions do not need to be worried about him. Beyond that, regular eating is a prerequisite to stay healthy in order to be able to work. Therefore, it is absolutely necessary for you to accept this principle!».

Second therapist (T2): «This is really too much! You want to cram Mr. Z. (the patient), to exhibit him to other people and to send him as quick as can be to forced labor! If I had suffered as badly and in as humiliating a way as he did, I would absolutely refuse to eat. And I would not exchange a single word with the people who had tortured and oppressed me so much!».

First therapist (T1): «You must not say that in the presence of the patient! I have the impression you want to give him the advice to behave in a way that is absolutely not acceptable. Are you aware what impossible advice you have given to him? Should he behave like a piteous little child? Young children, in fact, do not speak. They do not work. And they wet their pants! Instead you should advise him to act like a responsible adult: To eat in an adapted manner, to be nice to people and to work for his own subsistence!».

Second therapist (T2): «If I were to recommend that to him, I would not do anything good. Particularly as an adult, he is in the most stupid position one can imagine. His parents can grumble about him as much as they want. Other people can laugh at him until he is completely annihilated. At work, they can knock the stuffing out of him and make him believe he is good for nothing. Under

[10] It is reasonable to introduce the second therapist as someone who has an inferior status. This opens up the possibility of his functioning as an object of identification for the patient.

such circumstances, I would not want to stay in the game. I would also go on strike. If you do not eat, this is not just your own problem. There are many people around you who are interested that you eat. For example, the doctors or the nurses who should be called to account if you were to die of hunger. There are, of course, the parents who do not want to lose their child. After all, they want to keep him for a longer time, so that they can torture him more extensively. Furthermore, you should consider what courage, what character you require to do without food. Could you do this yourself? Or can you imagine that others could do that? No one would do this except Mr. Z.! No, he is not a weak child. For the first time in his life, he is really great!" (Whispering but audible to T1) "In confidence: Do you know what I would do additionally in your stead? When the nurse would try to force-feed me again, I would throw up the infused mush around the bed …».

Patient (for the first time): «But I am doing this all the time…».

VII. Conclusion

A therapist using paradoxical methods may appear as proceeding nonprofessionally or even as acting "crazy" (Jackson, 1963). But taking the paradoxical way can give the therapist quick and direct access to the realm of those unconscious and irrational events that are determined by «tendentious apperception» (Adler, 1912, pp. 68, 87, 169, 198). By identifying with this prelogical idiosyncratic mode of interpreting reality, the therapist is «walking in the patient's shoes» (Nikell & O'Connell, 1971, pp. 88).

The basic principle of paradoxical intervention is this: "do the opposite of what a (normal) therapist would do" (Haley, 1963). In this context, the patient has to be encouraged not only to accept his/her own inappropriate behavior, but also to reinforce all that which is inadequate and deficient from the standpoint of rationality.

The therapist then, logically, becomes an expert in a particular kind of life conception that is based on an affective logic which, in turn, is not fully compatible with common sense (Ciompi, 1982; Titze, 1986). In doing so, the therapist inevitably will gradually move to thinking and arguing differently from the normal conception of reality. Hence, the therapist will have learned to view the world through the eyes of the child within the patient (Titze, 1987) and, therefore, to apperceive the world from the point of view of the child. This also includes the discouraged child's need to attain safety and support in a world that appears confusing and threatening. Strangely enough, the patient's symptoms open up the access to this long-term objective. They are, on the one hand, an expression of weakness, but, on the other hand, they enable the patient to obtain the desired "plus situation. The therapist accepts this fictive goal, but does so in such an exaggerated manner that the patient's common sense is evoked. Under this condition, reality can be examined in a genuinely rational and generally valid manner. Although this latter capability will develop only gradually, the method makes it possible to implicitly open the door for the patient's appropriate partaking in social reality, which requires a developed common sense.

REFERENCES

ADLER, A. (1912). Über den nervösen Charakter. Fischer, Frankfurt 1972.

ADLER, A. (1927). Zusammenhänge zwischen Witz und Neurose. In *Psychotherapie und Erziehung*, Vol. 1. Frankfurt: Fischer Taschenbuch, 1982, 178-181.

ADLER, A. (1928). *Die Technik der Individualpsychologie*. Teil 1. Frankfurt: Fischer Taschenbuch, 1974.

ADLER, A. (1929). *Neurosen. Zur Diagnose und Behandlung*. Frankfurt: Fischer Taschenbuch, 1981.

ADLER, A. (1930). *Praxis und Theorie der Individualpsychologie*. Frankfurt: Fischer Taschenbuch, 1974.

BEATTIE, J. (1776). Essay on laughter and ludicrous composition. In *Essays*. Edinburgh: William Creech.

BLANKENBURG, W. (2003). *Wirkfaktoren paradoxen Vorgehens in der Psychotherapie*. Würzburg: Königshausen & Neumann, 122-138.

BRUNNER, R., & TITZE, M. (1995). *Wörterbuch der Individualpsychologie*. München, Reinhardt Verlag.

CIOMPI, L. (1982). *Affektlogik*. Stuttgart: Klett.

DREIKURS, R. (1932). Einige wirksame Faktoren in der Psychotherapie. *Internationale Zeitschrift für Individualpsychologie, 10*, 161-176.

DREIKURS, R., SHULMAN, B. H., & MOSAK, H. H. (1984). *Multiple Psychotherapy*. Chicago: Rudolf Dreikurs Institute.

FRANKL, V. E. (1926). Zur Psychologie des Intellektualismus. *Internationale Zeitschrift für Individualpsychologie, 4,* 1926, 326-332.

FRANKL, V. E. (1939). Zur medikamentösen Unterstützung der Psychotherapie bei Neurosen. *Schweizer Archiv für Neurologie und Psychotherapie, 43,* 26-29.

FRANKL, V. E. (1946). Ärztliche Seelsorge. München: Kindler, 1975.

FRANKL, V. E. (1956). *Theorie und Therapie der Neurosen. Einführung in die Logotherapie und Existenzanalyse*. München: Reinhardt Verlag, 1975.

FRANKL, V. E. (1959). Grundriß der Existenzanalyse. In F. GEBSATTEL, H. J. SCHULTZ, & V. E. FRANKL. (Eds.). *Handbuch der Neurosenlehre und Psychotherapie*, Vol. III, München: Urban & Schwarzenberg.

FRANKL, V. E. (1975). *Der leidende Mensch. Anthropologische Grundlagen der Psychotherapie.* Bern: Huber Verlag, 1984.

HAHNEMANN, S. (1810). *Organon of homeopathic medicine*. (Translated from German). Charleston (SC): BiblioLife, 2009.

HALEY, J. (1963). *Strategies of Psychotherapy*, New York: Grune and Stratton.

HAZÁN, Y., & TITZE, M. (2011). *Fundamentos de psicologia profunda teleológica*. Montevideo: Editorial Psicolibros Universitario.

HUNTER, J. (1786). *A treatise on the venereal disease*. Andover: Gale ECCO, 2012.

JACKSON, D. D. (1963). A suggestion for technical handling of paranoid patients. *Psychiatry, 26,* 306-307.

KIERKEGAARD, S. (1841). *The Concept of Irony/Schelling Lecture Notes: Kierkegaard's Writings*, Vol. 2. Princeton: Princeton University Press, 1992.

KING, E. H. (1977). *James Beattie*. Boston: Twayne.

KÜNKEL, F. (1928). *Einführung in die Charakterkunde*. Nachdruck: Stuttgart, 1975.

MOZDZDIERZ, G. J., MACCHITELLI, F. J. & LISIECKI, J. (1976). The paradox in psychotherapy: An Adlerian perspective. *Journal of Individual Psychology, 32 (2),* 169-184.

NARDONE, G., & WATZLAWICK, P. (1990). *L'arte del cambiamento. Manuale di terapia strategica e ipnoterapia senza trance.* Firenze: Ponte alle Grazie, 1990.

NIKELLY, A. G., & O'CONNELL, W. E. (1971). Action-oriented methods. In A. G. NIKELLY. (Ed.). *Techniques for behavior change. Applications of Adlerian theory.* Springfield (Illinois): Charles C Thomas, 85-90.

SELVINI PALAZZOLI, M., CECCHIN G., PRATA G., & BOSCOLO, L. (1975). *Paradosso e Contraparadosso*. Milano: Feltrinelli.

TITZE, M. (1977). Ist die "paradoxe Intention" eine individualpsychologische Technik? *Zeitschrift für Individualpsychologie, 2,* 103-112.

TITZE, M. (1979a). *Wie wir unsere Angst bewältigen können*. München: Rex Verlag.

TITZE, M. (1979b). *Lebensziel und Lebensstil. Grundzüge der Teleoanalyse nach Alfred Adler.* München: Pfeiffer Verlag.

TITZE, M. (1985). Frankl und die Individualpsychologie. Anmerkungen zur Konvergenz zweier Wiener Schulen der Psychotherapie. In A. LÄNGLE. (Ed.). *Wege zum Sinn. Logotherapie als Orientierungshilfe.* München: Piper Verlag, 23-34.

TITZE, M. (1986). Affektlogische Bezugssysteme. *Zeitschrift für Individualpsychologie, 11,* 103-110.
TITZE, M. (1987). The conspirative alliance. In W. F. FRY, & A. W. SALAMEH. (Eds.). *Handbook of humor and therapy.* Sarasota (Florida): Professional Resource Exchange, 287-306.
TITZE, M., & ESCHENRÖDER, C. T. (1998). *Therapeutischer Humor. Grundlagen und Anwendungen*. Frankfurt: Fischer Taschenbuch, 2011.
WEEKS, G. R. (1977). Toward a clinical approach to intervention. *Human Development, 20*, 1977, 277-292.
WEEKS, G. R., & L'ABATE, L. (1982). *Paradoxical Psychotherapy*. New York: Bruner & Mazel.

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

IL SIGNIFICATO DELL'EFFETTO PARADOSSALE NELLA PSICOTERAPIA ADLERIANA

Michael Titze

«Il paziente deve essere istruito
non solo ad accettare la propria paura
ma anche a riderne. Ciò richiede il coraggio
di essere ridicolo».

V. E. Frankl

I. L'approccio adleriano: il bene nel male

I sintomi di una malattia psichica si presentano solitamente non solo come disagio, ma anche come indice di vergogna per la propria debolezza ed incapacità e ciò può essere considerato come se fosse auto-inflitto[1]. Questa valutazione, soprattutto per gli individui super-razionali e scrupolosi, è molto imbarazzante e, pertanto, inaccettabile. Dunque, questi segnali di disagio sono di solito combattuti disperatamente. In realtà, i sintomi nevrotici, tuttavia, sono un espediente di salvaguardia, un supporto finale nelle varie situazioni della vita percepite come minaccia. Il compito del terapeuta, quindi, è quello di mostrare al paziente che i sintomi non sono soltanto un'espressione deprecabile di debolezza, ma che hanno anche la funzione di costituire mezzi ingegnosi, utili per la propria auto-affermazione[2].

Sintomi nevrotici si manifestano quando qualcuno è convinto di non essere in grado di risolvere i compiti importanti della vita in modo attivo e coraggioso. In tali casi, la paura e la vergogna sono le emozioni determinanti che inibiscono l'individuo nell'affrontare in modo coraggioso le difficoltà della vita. Le persone scoraggiate, dunque, tendono a rifuggire dai problemi: esse cercano di proteggersi con speciali mezzi di fuga. Per giustificare una tale manovra evasiva, il paziente nevrotico ha bisogno di una causa finale, che funzioni simultaneamente come discolpa di fronte alla propria coscienza. Questo scopo è perseguito attraverso il sintomo psicosomatico.

Questa finalità deve essere messa a conoscenza del paziente che, di conseguenza, può riconoscere che i sintomi corrispondenti funzionano come risorse difensive[3]. La ragione dell'utilizzo di espedienti difensivi è dovuta al fatto che al paziente manca il coraggio necessario per affrontare i problemi della vita in maniera assertiva[4]: le risorse espansive del paziente sono in gran parte sepolte e represse. Esse possono essere dischiuse e riattivate solamente in modo indiretto. Questo processo di rivitalizzazione funziona sistematicamente attraverso un incoraggiamento costante, che a sua volta

[1] La situazione è tuttavia differente nel caso di sintomi fisici e psicosomatici. Questi sono generalmente valutati come qualcosa imposto dal fato. La propria debolezza di solito non è considerata in questi casi.

[2] Nella sua fase adleriana, Frankl (1926) ha delineato che i sintomi nevrotici hanno due funzioni: da un lato essi sono espressione della psichica malattia sottostante, d'altro lato, funzionano come mezzi al servizio di un obiettivo inconscio.

[3] Quando noi definiamo le risorse in modo generale, possiamo arrivare alla conclusione che esse siano fonti di una sicurezza esistenziale e di auto-protezione.

[4] Questa capacità è un prerequisito per l'acquisizione di una coraggiosa affermazione di sé.

deve avvalersi dei vantaggi paradossali dei sintomi e della loro peculiarità di costituire risorse difensive. Il principio guida è il seguente: è buono tutto ciò che rafforza il paziente e che lo aiuta ad essere più espansivo. Tutti gli interventi, invece, che lo scoraggiano, che indeboliscono la sua fiducia in sé, devono essere considerati controproducenti.

In questo contesto, il terapeuta deve abbandonare il terreno della normalità e procedere verso la sfera dell'anormalità, dell'incongruità e dell'assurdità. Ormai, il terapeuta può guardare non solo i sintomi con occhi positivi, ma anche qualsiasi tipo di trasgressione delle norme e può comunicare ciò al paziente. Ciò significa che il terapeuta interpreta tali trasgressioni come espressione di un'adeguata strategia difensiva di sopravvivenza esistenziale.

Se un sintomo viene apprezzato in virtù della sua funzione di risorsa difensiva, esso incrementa quasi sempre nel paziente un maggior senso di competenza, di auto-accettazione, ma anche di autocontrollo. In questo contesto, si crea una traduzione, per il semplice fatto che il comportamento sintomatico viene rivalutato come se fosse una risorsa specifica. Ecco alcuni esempi (Weeks, 1977):

- intransigenza ostinata = comportamento coerente;
- comportamento immaturo = atteggiamento anticonformista;
- vivere una vita appartata e isolata = vivere in maniera contemplativa;
- essere poco socievole = prendersi cura di se stesso;
- essere passivo = accettare le cose come sono;
- essere eccessivamente asociale = selezionare accuratamente i propri amici;
- essere servile = cercare autorità e guida, al fine di trovare se stesso;
- coazione a controllare tutto = tendenza a ordinare condizioni di confusione;
- essere impulsivo in maniera inadeguata = desiderio di essere spontaneo;
- essere indisciplinato = cercare la propria strada nella vita;
- piangere senza motivo = essere in grado di esprimere sentimenti dolorosi in maniera autentica.

Il processo terapeutico, perciò, può assumere la forma di un atto creativo. Tutto ciò che il paziente fa (o non fa), può essere concepito come la manifestazione di un piano di vita implicito (uno *script*), che possiede un significato più profondo. Questo abile gioco potrebbe sembrare agli occhi del mondo come un ammasso di *deficit* e di fallimenti. Ma questa è una visione troppo limitata. Infatti, come il *clown* è un (volontario) esperto nell'arte d'inciampare, allo stesso modo anche il paziente si rivela un (involontario) esperto nell'arte di far buon uso dei propri sintomi, anche se questa abilità non è coscientemente a sua disposizione. Perciò, occorre stimolare nelle situazioni terapeutiche lo sviluppo della consapevolezza. In sostanza, occorre attivare un processo d'incoraggiamento costante, dirigendo il paziente in modo giocoso verso le proprie risorse, senza che le norme sociali che definiscono la realtà in maniera rigida possano fungere da ostacolo.

II. Le origini della terapia paradossale

L'idea fondamentale della terapia paradossale corrisponde al principio omeopatico di trattare il simile con il simile (*similia similibus curantur*). Nel *Corpus Hippocraticum* si trovano le seguenti

frasi che, a prima vista, sembrano assurde: «Il malessere (cioè, i sintomi) si cura col suo opposto». Un altro tipo di terapia è il seguente: «per mezzo dell'applicazione di qualcosa di simile la malattia è curata» (Blankenburg, 2003, p. 129). Questo principio paradossale è stato ripreso da Samuel Hahnemann (1810) all'inizio del 19° secolo ed è stato usato nella sua medicina omeopatica. Ma già la psicoterapia del 18° secolo aveva scoperto le infinite possibilità aperte da questo principio.

In tale contesto, il medico inglese John Hunter ha descritto nel 1786 nel suo libro "A Treatise on the Veneral Disease" il trattamento paradossale di un impotenza erettile. Dopo l'anamnesi, Hunter capisce che l'incapacità del suo paziente di avere rapporti sessuali era stata sottoposta ad un principio paradossale: nel tentativo di compiere l'atto sessuale perfettamente, il paziente si era indebolito mentalmente. E questa debolezza aveva causato il dubbio o la paura di non avere nessun successo. Proprio questa paura era stata il vero motivo della sua incapacità sessuale.

Pertanto Hunter aveva comunicato al paziente che avrebbe potuto essere curato se avesse voluto affidarsi interamente al potere della sua abnegazione. Per raggiungere quest'obiettivo, l'uomo avrebbe dovuto seguire la seguente prescrizione: egli avrebbe dovuto rimanere sei giorni al fianco della sua partner sessuale senza alcun tipo di rapporto fisico.

Hunter scrive: «Circa 14 giorni dopo, quest'uomo mi aveva detto che la decisione di seguire l'astinenza aveva indotto un cambiamento completo nel suo stato d'animo. Invece di andare a letto con la paura dell'incapacità, l'uomo era andato a letto con la paura di essere posseduto da un tale eccesso di desiderio, che sarebbe stato difficile per lui seguire la mia prescrizione. E così avvenne! L'incantesimo era stato rotto: la sua anima e il suo potere interagivano di nuovo. Da allora in poi non ci fu alcuna ricaduta» (p. 38).

Hunter interveniva chiaramente in modo paradossale. Egli non combatteva i sintomi di impotenza tramite la ragione: questa sarebbe stata la strategia normale in una psicoterapia convenzionale. Se il successo previsto non si verifica, allora il terapeuta deve fare un grande sforzo, che potrebbe non essere compatibile con l'intenzione segreta del paziente. Quest'incompatibilità potrebbe preparare il terreno per una lotta di potere, perché il paziente reagisce, comprensibilmente, con insoddisfazione, mostrando al terapeuta quello scetticismo, che è definito "resistenza". C'è una tecnica adleriana che è stata concepita per controbilanciare rigorosamente questa resistenza. I dettagli sono descritti qui di seguito.

III. L'anti-suggestione

Alfred Adler, come uno dei primi rappresentanti della psicoterapia occidentale, ha iniziato nel 1914 ad applicare metodi paradossali. Ad esempio, egli raccomandava alle persone che soffrivano d'insonnia, di non sopprimere l'insonnia, ma al contrario di fare tutto il possibile per rimanere svegli. In questo contesto, Adler spiegava ai suoi pazienti di concepire un tale sintomo come qualcosa di positivo, vale a dire come «il segno positivo di una malattia curabile» (Adler, 1928, p. 173).

Una volta Adler era stato consultato da una famiglia che era tiranneggiata ogni mattina dalla loro piccola figlia che avrebbe voluto passare le ore piangendo con singhiozzi e armeggiando con i capelli. Adler diede alla bambina questo consiglio: «Scrivi in grassetto su un pezzo di carta e appendi sulla testa del tuo letto. Ogni mattina devo controllare tutta la famiglia!» (Adler, 1930, p. 31).

Adler ha anche fatto riferimento ad un paziente che aveva sofferto degli effetti della deglutizione inconscia di aria (aerofagia). Adler gli diede questo consiglio: «Quando sta per uscire di casa e sente di essere preda di un conflitto, cominci ad ingoiare subito po' d'aria!» (Adler, 1929, p. 108)

Gli Adleriani hanno chiamato questa tecnica anti-suggestione. Rudolf Dreikurs aveva descritto tale metodo nel 1932: «Un trucco molto particolare che non solo è sorprendente, ma garantisce anche la comprensione delle condizioni dell'insorgenza delle nevrosi, è un metodo che Adler ha descritto ripetutamente e che era stato definito da Wexberg come anti-suggestione. […] Questo trucco consiste nel consigliare al paziente, in ogni modo, di rinforzare il proprio sintomo [...]. Si può sempre riscontrare, in caso di disturbi funzionali (stati di ansia, impulsi di ossessione etc.) che il sintomo perde di intensità quando si cerca di rafforzarlo coscientemente. Potrebbe scomparire del tutto se questi tentativi fossero praticati per un tempo più lungo [...]. Per mezzo dell'anti-suggestione diventa possibile mostrare molto chiaramente al paziente che la sua lotta contro il sintomo non è senza significato, ma è, al contrario, un prerequisito utile per evocare il sintomo. [...] Se il paziente cessa di combattere il sintomo, questo causerà, in primo luogo, una riduzione del suo stress. Ciò comporterà conseguentemente la scomparsa del sintomo. Ma questo succederà solo nel caso in cui il paziente non intende combattere il sintomo, ma rafforzarlo» (Dreikurs, 1932, p. 171).

IV. Concepire il sintomo come espressione della capacità d'imporsi

Alfred Adler ha utilizzato molti metodi paradossali, raccomandando espressamente di accettare la resistenza potenziale del paziente. Il suo approccio mirava ad evitare ogni lotta con il paziente (Titze, 1977, 1979a, 1979b). Questa strategia è presentata nel seguente studio esemplificativo.

La signora M. ha sofferto per molti anni di una grave claustrofobia. Non osava più uscire di casa perché aveva paura di cadere in strada e di stimolare una sensazione orribile. La signora M. è una scrupolosa e coscienziosa donna che non ricorda di essere mai stata arrabbiata con un'altra persona. Nonostante abbia trentun anni, ella vive ancora con la propria madre, che è una signora esuberante che ha sempre tentato di eliminare tutte le difficoltà incontrate dalla sua unica figlia. Dopo aver perso il marito circa cinque anni prima, la figlia era stata completamente presa in custodia dalla madre (come ha dichiarato la signora M.).

Comprensibilmente, l'atteggiamento della signora M. verso sua madre era ambivalente: da un lato, aveva bisogno di sua madre come stampella, perché si sentiva debole e incapace di vivere da sola. D'altra parte, la madre le sembrava la causa della sua vita timorosa e priva di gioia. Ella non osava ammettere ciò a livello conscio, perché voleva essere a tutti i costi una "brava figlia". In questo contesto, quindi, la claustrofobia era, inconsciamente, al servizio dello scopo di conseguire la sicurezza. Per mezzo dei suoi sintomi, ella avrebbe potuto mettere la madre al proprio servizio. Ormai ella agiva come una "schiava che regna" (Kunkel, 1928). D'altra parte, la madre avrebbe potuto essere controllata e tiranneggiata dalla figlia. Tutto ciò è facile da capire perché la signora M. mostrava un risentimento nascosto nei confronti della madre.

Data questa situazione precaria, il terapeuta ha avviato il processo di cambiamento paradossale con le seguenti parole: «La sua claustrofobia è attualmente l'unico modo per ottenere un certo livello di umana dignità e per mantenere forza di carattere. In tal modo, tutti devono essere rispettosi nei suoi

confronti. Provi ad immaginare quanto lei potrebbe apparire debole a sua madre se non avesse questa paura. In alternativa, lei potrebbe immaginare qualche altra difesa in grado di proteggerla da lei? Finché questo non trova altre soluzioni, le consiglio vivamente non solo di accettare la sua claustrofobia, ma di fare tutto il possibile per provocare intenzionalmente questa ansia. Quello che sto dicendo è che lei potrebbe mostrare a tutto il mondo quanto male si sente! Provi a immaginare quanta compassione e simpatia lei potrebbe ottenere in questo modo».

Naturalmente la donna rispondeva con obiezioni, ognuna delle quali ruotava attorno allo stesso tema, vale a dire l'imbarazzo che avrebbe potuto causare una caduta in strada. Il terapeuta aveva esagerato queste costruzioni mentali fino a che la signora M. iniziò a ridere. Così, il terapeuta disse: «Immagini quanto sia imbarazzante per i passanti quando qualcuno cade in strada! La gente non sa comunque se lei sia epilettica o se abbia appena avuto un attacco di cuore. Nessuno potrebbe disprezzarla! Si sforzi, quindi, per portare la gente il più spesso possibile in questo tipo di imbarazzo! Particolarmente sensazionale sarebbe questa azione se si potesse fare ciò in compagnia di sua madre...».

Ciò che è stato descritto non è altro che una prescrizione dei sintomi (Nardone & Watzlawick, 1990; Selvini Palazzoli et al., 1975; Weeks & Labate, 1982). In questo modo, il paziente è incoraggiato a farsi beffe del terribile sintomo. Su questa base, una nuova disposizione verso il sintomo può essere conseguita.

L'obiettivo paradossale di una prescrizione dei sintomi è quello di dare al paziente la consapevolezza che il comportamento sintomatico non si svolge, in ogni caso, involontariamente e inconsciamente (il che genera ansia). Piuttosto, questo comportamento può verificarsi se il terapeuta prescrive esattamente questi sintomi in condizioni controllate: proprio questa strategia genera sicurezza! A questo proposito, il terapeuta incoraggia il paziente a sviluppare un comportamento sintomatico. Se il paziente mantiene il suo sintomo, egli si comporta in conformità con le aspettative del suo terapeuta. Quindi, il paziente si comporta correttamente.

Il sintomo ha così perso la sua potenziale fonte di paura e, perciò, è privato del suo potere fatale. Un'altra possibilità è che il sintomo possa scomparire, il che significherebbe un successo paradossale. La prescrizione dei sintomi è, quindi, la forma più comune di un paradosso terapeutico. Il messaggio implicito consiste nel mantenere e rafforzare intenzionalmente il sintomo al fine di sbarazzarsi di esso (Weeks & Abate, 1982).

Gerald Mozdzierz e colleghi (1976) descrivono in sintesi i diversi aspetti del trattamento paradossale in una psicoterapia adleriana:

1. *accettazione del sintomo*: il paziente può mantenere il suo sintomo;
2. *previsione del sintomo:* la ricomparsa del sintomo o la ricaduta del disturbo d'ansia sono previste per il paziente;
3. *esagerazione del sintomo:* il paziente è incoraggiato ad esagerare i suoi sintomi; inoltre, il terapeuta prende questi sintomi più seriamente di quanto faccia il paziente stesso (ma in modo espressivamente divertente);
4. *definizione pro-sociale del sintomo:* il sintomo non viene valutato in modo negativo, ma è invece interpretato come un'espressione positiva;

5. *prescrizione del sintomo:* il paziente viene istruito ad affrontare il sintomo in modo rinforzato;
6. *formazione del sintomo:* il paziente viene istruito a perfezionare il suo comportamento sintomatico[5].

V. L'intenzione paradossale: l'uso di esagerazioni umoristiche

Viktor E. Frankl è stato discepolo di Adler per diversi anni (Titze, 1985). Frankl ha spiegato per la prima volta nel 1939 il metodo della anti-suggestione come «intenzione paradossale»[6] (Brunner & Titze, 1995, p. 365). Negli anni successivi Frankl riuscì a rifinire questo metodo e renderlo parte integrante della moderna psicoterapia. Il metodo è in linea con la tradizione della prescrizione dei sintomi, che era stata già praticata da Adler.

L'istruzione dell'intenzione paradossale consiste nel fatto che il paziente deve «desiderare o cercare di conseguire esattamente ciò che aveva temuto tanto in passato» (Frankl, 1984, p. 124). Questo include i sintomi tipici dei pazienti ansiosi, vale a dire il rossore, il tremore, la sudorazione e le palpitazioni. In questo contesto il paziente è specificamente incoraggiato ad esagerare la sua paura con formule umoristiche perché l'umorismo crea distanza. Frankl (1975) spiega questa tecnica con il seguente esempio: «Oggi vado a prendermi un ictus!» (p. 185). Questa intenzione dovrebbe avere in mente, per esempio, un paziente che soffre di agorafobia.

Così i pazienti sono istruiti in modo sistematico su come perdere il loro terrore relativamente a tutto ciò che essi sono convinti sia terribile o catastrofico. I pazienti sono incoraggiati, in questo modo, a ricercare proprio quello che loro avevano, fino ad allora, temuto: arrossire in pubblico, attirare l'attenzione scomoda, avere una disfunzione erettile o essere infettati da agenti patogeni etc.

I pazienti sono quindi incoraggiati a ridere di fronte al terribile sintomo e a dimostrare a se stessi che questo sintomo non è da prendere sul serio. Su questa base, può nascere un nuovo atteggiamento. Quindi, qualcuno che ha paura di infezioni da batteri dovrebbe più e più volte dire a se stesso: «Oggi ho già inghiottito cinque milioni di questi piccoli graziosi animali. Vediamo se riesco in aggiunta a prenderne ancora un paio di altri milioni».

Qualcuno che ha paura di tremare in pubblico dovrebbe cercare consapevolmente di tremare e dirsi queste parole: «Ora vorrei mostrare a tutta la gente che sto cercando di essere veramente un campione del mondo in tremore!». E un altro che ha paura di stramazzare sulla strada (che vergogna!), deve fare tutto il possibile «per dare alla gente un vero e proprio spettacolo e per garantire una girandola, come la città non ha mai visto!».

Un altro esempio dell'efficacia dell'intenzione paradossale è reperibile in uno dei libri di Frankl (1975), dove è descritto un uomo che soffriva di un'«ossessione orribile» (p. 194). Egli credeva di

[5] Anche i terapeuti della famiglia del gruppo di Milano (Selvini Palazzoli et al., 1975) si riferiscono a questo effetto nel senso di una valutazione positiva dei sintomi. Il comportamento patologico superficiale del paziente viene interpretato come presupposto utile per stabilizzare la reintegrazione del sistema della famiglia. L'approccio è quindi orientato a certi obiettivi, che sono esaminati in relazione allo scopo che uno specifico sintomo serve nel quadro della inconscia logica privata del paziente. La domanda che ci poniamo è questa: "Che cosa il paziente può raggiungere con il sintomo?" Questa abilità nella ricerca di uno scopo è messa conseguentemente in risalto, mentre la non-abilità è costantemente disprezzata.

[6] Viktor Frankl (1975b) afferma: «È stato Rudolf Dreikurs che mi ha suggerito che esiste un trucco (che è analogo all'intenzione paradossale). Dreikurs ha usato questo metodo già nel 1932. Anche prima Erwin Wexberg aveva coniato in questo contesto la denominazione di anti-suggestione» (p. 24).

aver valutato troppo bassa la sua imposta sul reddito per 300 dollari, il che significava che aveva ingannato il governo. Egli fantasticava che poteva essere perseguito dal procuratore distrettuale e che avrebbe potuto entrare in carcere. Questa ossessione lo aveva perseguitato per tanti anni. Tutti i trattamenti psichiatrici e psicoterapeutici non avevano avuto alcun esito positivo in nessun senso. Così egli aveva stipulato un'assicurazione speciale presso Lloyds di Londra. Questa assicurazione lo avrebbe dovuto proteggere dalle conseguenze di eventuali errori inconsci. Ma tutto questo era inutile.

Infine, l'infelice andò in cura presso uno studente di Frankl, che lo istruì a utilizzare la seguente formula paradossale: «Al diavolo tutto questo! Al diavolo il perfezionismo! Non mi interessa nulla. Mi possono incarcerare senz'altro! Prima è, meglio è! Perché dovrei aver paura delle conseguenze di una mia mancanza? Dovrebbero arrestarmi tre volte ogni giorno! Almeno potrei ricevere indietro i miei soldi, quel bel denaro che ho gettato nelle fauci dei signori di Londra!»[7].

Il risultato fu che il paziente cominciò letteralmente a desiderare di avere commesso il più possibile errori e decise di fare tanti errori per dimostrare ai dipendenti che era "il più grande creatore di errori del mondo".

Quando il paziente si presentava al proprio terapeuta, era sempre ricevuto da commenti umoristici di questo tipo: «Sant'Iddio! È ancora libero? Pensavo che già fosse dietro le sbarre e ho già guardato i giornali per verificare se scrivono del grande scandalo da lei causato!».

Successivamente, il paziente sarebbe scoppiato a ridere. Sempre più spesso, si abituò ad adottare un atteggiamento ironico, per esempio si diceva: «Non mi interessa nulla, mi possono imprigionare anche subito; almeno la compagnia di assicurazione va in bancarotta!».

Questo approccio paradossale utilizza così la speciale tecnica umoristica dell'ironia e dell'esagerazione. La tirannia di un pensiero assolutizzato e "catastrofico" viene così mostrata nella sua assurdità, in tale modo queste affermazioni sono, continuamente, esagerate e ridicolizzate. Questo processo continua fino a che quel pensiero, eventualmente, perde la sua propria minaccia. In tal modo, un primo passo importante è stato fatto per rompere il ciclo disastroso di ansia e sintomi.

A questo scopo Viktor Frankl (1959) dichiara: «Niente è più adatto a creare distanza dell'umorismo. Dovremmo avere il coraggio di utilizzare questo dato di fatto. A tal fine, dobbiamo cercare di prendere il vento dalle vele della paura del paziente [...]. Così il paziente può imparare gradualmente a superare il suo sintomo. Dobbiamo guidare il paziente verso la specificità dell'umorismo, per renderlo adatto a superare una situazione difficile. Certamente si può sorridere di fronte a questa metodologia insegnata al paziente per affrontare il suo sintomo; egli stesso sorriderà ma così abbiamo già vinto il gioco!» (p. 164).

Quindi, Frankl ha attribuito gli effetti benefici dell'intenzione paradossale alla precondizione che il paziente impari a comportarsi in modo ironico. Con ciò, Frankl ha fatto riferimento ad una tradizione filosofica che era stata fondata da Socrate. L'artificio retorico in questo contesto consiste nel fatto che chi pratica l'ironia finge di essere in una condizione peggiore di quanto sia in realtà. Così, l'ironia implica una tecnica in cui l'esplicitamente detto è in netto contrasto con ciò che s'intende implicitamente.

[7] Traduzione dall'autore.

VI. La funzione ironica dell'umorismo

Søren Kierkegaard (1992) pensa che la funzione dell'ironia consiste nel fatto che essa consente di adottare diverse angolazioni simultaneamente. Il fatto di presentare opinioni e punti di vista contrastanti come equivalenti relativizza e invalida il rischio di fissaggio unilaterale (per esempio, in termini di verità assoluta). Anche Alfred Adler usava codesta tecnica: una volta fu strappato dal sonno da una telefonata alle tre del mattino. Il chiamante, che era un paziente di Adler, voleva scusarsi. Adler, però, lo interruppe stoicamente: «Non si preoccupi! Ero in attesa della sua chiamata davanti al telefono da quasi un'ora» (Hazán & Titze, 2011, p. 120).

L'ovvia falsità (Ero in attesa della sua chiamata!) è in netto contrasto con la regola convenzionale (Non si deve disturbare il sonno del tuo prossimo!). Ma proprio questa contraddizione è invalidata in modo divertente dall'ironia.

Kierkegaard considera la dialettica ironica tra negatività scettica ed affermazione entusiasta come un principio attivo, che viene utilizzato anche nell'umorismo (Titze & Eschenröder, 1998). In questo modo egli conferma l'affermazione del filosofo James Beattie (1776) che aveva ricondotto la genesi dell'umorismo alla fusione di due parti o elementi diversi e contraddittori in modo da creare un rapporto molto strano (King, 1977). Proprio in questa tradizione si colloca Adler: egli ricondusse, per esempio, l'effetto comico delle battute con la fusione imprevista di differenti schemi di appercezione. Adler (1927) ha descritto la modalità in cui sono costruite le battute scherzose: «Mentre l'ascoltatore trae la sua visione da un sistema normale di riferimento, il narratore introduce un nuovo sistema di riferimento. Quest'ultimo è legato al sistema normale di riferimento solo debolmente. Per questo s'introduce un significato completamente nuovo»[8] (p. 179).

Un esempio dell'efficacia della dialettica ironica è la psicoterapia multipla (Dreikurs et al., 1984). Questo metodo è nato intorno al 1920, quando Adler era solito coinvolgere diversi esperti per discutere problemi educativi in modo controverso, affinché ci fossero diversi approcci interpretativi nella consulenza pubblica (Il motto di Adler era "Tutto può essere diverso!"). Da questa impostazione era stata sviluppata una procedura, in cui due terapeuti si ponevano di fronte a un paziente assumendo contemporaneamente «ruoli diversi» (Titze, 1979 b, p. 325). Il primo terapeuta si identifica con le norme categoriche della vita sociale (= schema secondario di appercezione, *common sense*), mentre il secondo terapeuta è in linea con gli obiettivi dello stile individuale di vita del paziente (= schema primario di appercezione, *logica privata*).

In tal modo, il secondo terapeuta si identifica (dal punto di vista del *senso comune*) con le logiche private, le finalità e le strategie inappropriate dello stile di vita del paziente. Così facendo il terapeuta predispone un'identificazione a specchio[9] con il bambino che giace nel paziente. I conflitti all'interno dello stile di vita del paziente, perciò, possono essere esternalizzati. Nel sostenere il suo specifico modo di vivere in forma disinibita, il secondo terapeuta apparirà al paziente come un assertivo *alter ego*, vale a dire come qualcuno che affronta le sfide della vita in maniera coraggiosa. E proprio ciò lo rende oggetto significativo d'identificazione (= *alter ego*). Da questo contesto potrebbero sorgere

[8] Traduzione dall'autore.

[9] Una identificazione a specchio è determinata da proiezioni reciproche. Attraverso la condivisione affettiva degli inconsci obiettivi e delle strategie di azione del paziente, il terapeuta può, in modo genuino, ripercorrere e rispecchiare la significatività del suo stile di vita.

effetti incoraggianti adatti a rafforzare il Sé del paziente. Quasi regolarmente questo processo va di pari passo con una reazione di umorismo, cioè, si combina con ilarità e risate. Ciò è illustrato dalla trascrizione di un confronto paradossale fondato su questo principio, che si è svolto in una clinica psichiatrica.

Uno dei protagonisti era uno schizofrenico negativista che non era riuscito a comunicare per molti mesi. Inoltre, si rifiutava di mangiare. La terapia inizia con una sessione, in cui il primo terapeuta ragiona in modo strettamente razionale e normativo. In particolare egli cercava di convincere il paziente a mangiare in modo normale, di essere gentile con le infermiere e di partecipare a conversazioni con i suoi familiari, quando questi venivano a fargli visita. Come si poteva prevedere, il paziente non reagiva per niente a tali argomentazioni. Il secondo terapeuta appare nella sessione successiva. Egli è introdotto dal primo terapeuta come un giovane collega in apprendistato[10]. La partecipazione a questa sessione avrebbe potuto offrirgli la possibilità di migliorare le sue conoscenze professionali. Naturalmente, il paziente non reagisce a questa informazione. In seguito si sviluppa questa conversazione:

Primo terapeuta (T1): rivolgendosi al paziente: «Ancora una volta voglio chiederle di iniziare a mangiare. Nessuna persona ragionevole si comporta come fa lei. Ogni adulto mangia in modo regolare, affinché i suoi compagni non debbano preoccuparsi per lui. Oltre a ciò il mangiare regolare è il presupposto per mantenersi sani in modo da essere in grado di lavorare. È pertanto necessario che lei accetti questo principio!».

Secondo terapeuta (T2): «Questo è davvero troppo! Si vuole rimpinzare il sig. Z. (il paziente), per esporlo alla gente e per mandarlo velocemente ai lavori forzati! Se io avessi sofferto così tanto e in modo così umiliante come lui, rifiuterei assolutamente di mangiare. E non vorrei scambiare una parola con quelle persone che mi hanno torturato e oppresso tanto!».

Primo terapeuta (T1): «Non deve dire questo, in presenza del paziente! Ho l'impressione che si voglia dargli il consiglio di continuare a comportarsi in un modo assolutamente non accettabile. Lei è consapevole che gli è stato dato un consiglio improponibile? Si deve comportare come un piccolo bambino miserabile? I bambini piccoli, infatti, non parlano, non lavorano, si bagnano i pantaloni! Occorrerebbe dargli, invece, consigli che gli permettano di comportarsi come un adulto responsabile: mangiare in modo adeguato, essere gentile con la gente e lavorare per il proprio sostentamento!».

Secondo terapeuta (T2): «Se gli dessi questi consigli, non farei nulla di buono per lui. Sebbene egli sia un adulto, si ritrova nella più balorda situazione nella quale un essere umano si possa immaginare. I suoi genitori possono brontolare con lui tanto quanto vogliono. Gli altri possono ridere di lui fino a quando lo hanno annientato completamente. Sul posto di lavoro lo possono oltraggiare a piacimento lasciando intendere che sia buono a nulla. In tali circostanze anch'io non vorrei stare al gioco. Anch'io vorrei scioperare. Il fatto che non mangi non è per nulla un problema. Gli altri sono interessati a che lui mangi. Per esempio, i medici o gli infermieri sarebbero chiamati a rispondere, se lui dovesse morire di fame. Ci sono, naturalmente, i genitori, che non vogliono perdere il loro bambino. Dopo tutto, essi lo vogliono mantenere in vita per lungo tempo, in modo che lo possano torturare

[10] È ragionevole introdurre il secondo terapeuta come qualcuno di *status* inferiore. Pertanto, è agevolata la possibilità che funzioni per il paziente come oggetto di identificazione.

ampiamente. Inoltre, si deve considerare quanto coraggio e quale forza di carattere siano necessari per stare senza cibo. Lei potrebbe fare ciò? Oppure si può immaginare che gli altri possano fare ciò? Nessuno può fare ciò, tranne il signor Z. No, lui non è un bambino debole. Per la prima volta nella sua vita si comporta proprio da grande! (In un sussurro, ma udibile da *T1*) In confidenza: «Sa che cosa farei inoltre ancora al suo posto? Quando l'infermiere mi alimenterebbe di nuovo, vorrei vomitare la poltiglia infusa in tutto il letto».

Paziente (per la prima volta): «Ma io sto facendo già questo continuamente ...».

VII. Conclusione

Un terapeuta paradossale a volte potrebbe apparire perfino come se fosse pazzo (Jackson, 1963). Tuttavia egli, utilizzando il metodo paradossale, può avere un rapido e diretto accesso alla sfera degli eventi inconsci e irrazionali, determinati dall'«appercezione tendenziosa» (Adler, 1912, pp. 68, 87, 169, 198). Attraverso l'immedesimazione con la sua idiosincratica modalità di interpretare la realtà, il terapeuta «cammina con le scarpe del paziente» (Nikelly & O'Connell, 1971, p. 88).

Il principio basilare dell'intervento paradossale è il seguente: "fa' esattamente l'opposto di quello che farebbe un (normale) terapeuta" (Haley, 1963). In questo contesto il paziente viene incoraggiato, a regola d'arte, non solo ad accettare un comportamento, ma anche a rafforzare il concetto che è esso inadeguato e sbagliato dal punto di vista della razionalità.

Il terapeuta inoltre, diventa, logicamente, esperto in un particolare tipo di concezione della vita, basato su una logica affettiva, che a sua volta non è pienamente compatibile con il senso comune (Ciompi, 1982; Titze, 1986). Inevitabilmente, tale terapeuta comincia gradualmente a pensare e a parlare in modo diverso dalla concezione usuale della realtà. Egli ha imparato a vedere il mondo attraverso gli occhi del bambino che vive all'interno del paziente (Titze, 1987). A questa condizione egli può appercepire la realtà dal punto di vista del bambino, il che include anche il bisogno del bambino scoraggiato di trovare sicurezza in un mondo che gli appare confuso e minaccioso. I sintomi del paziente aprono stranamente la strada a questo obiettivo globale. Questi sono da un lato espressione di debolezza, dall'altro un mezzo con cui il paziente può ottenere la sicurezza agognata. Il terapeuta accetta questo obiettivo fittizio, ma lo fa in modo così esagerato che il buon senso del paziente è risvegliato. In questo modo la realtà può essere esaminata in maniera genuinamente razionale ed efficace. Pertanto, il senso di responsabilità si svilupperà gradualmente, in quanto il metodo paradossale permette al paziente di aprire implicitamente la porta alla realtà sociale che richiede uno sviluppato senso comune.

(Traduzione in italiano di Michael Titze; adattamento del testo a cura di Giuseppe Ferrigno)

AUX CONFINS DE L'ATTACHEMENT ET DU LIEN SOCIAL: LE *GEMEINSCHAFTSGEFÜHL*

Anne-Marie Mormin

Summary

AT THE EDGE OF ATTACHMENT AND SOCIAL TIES: THE SOCIAL FEELING. From the beginning of life, Adler says, the psyche is oriented: without movement there would be no life. We must deepen the concept of human life at the stage of conception, as well as the organization of germ cells that form the embryo that will become the fetus, until the blossoming of his birth with a switch to another form of life. Life implies movement to grow, to adapt and to point to its conservation. Human life is metonymic of cosmic life. All movements, from the cosmos to the subject and vice versa, are the living tissue from which the individual and the community come. This living tissue is inserted in the dynamics of social feeling. Whenever you become individual become humanity. The social feeling is the basis of human experience.

Keywords

ATTACHMENT, SOCIAL TIES, CONCEPTION, SOCIAL SENTIMENT

Riassunto

Fin dall'inizio della vita, come dice Adler, la psiche è orientata: senza movimento non ci sarebbe vita. Occorre approfondire il concetto di vita umana già nella fase del concepimento, così come dell'organizzazione delle cellule germinali che formano l'embrione, che diventerà feto, fino allo sbocciare della sua nascita con il passaggio ad un'altra forma di vita. La vita implica movimento per svilupparsi, per adattarsi e per puntare alla sua conservazione. La vita umana è metonimica della vita cosmica. Tutti i movimenti, dal cosmo al soggetto e viceversa, costituiscono il tessuto vivente dal quale nascono l'individuo e la comunità. Questo tessuto vivente s'inserisce nella dinamica del *sentimento sociale*. Ogni volta che si diventa individui si diventa umanità. Il *sentimento sociale* è alla base dell'esperienza umana.

Parole chiavi

ATTACCAMENTO, LEGAMI SOCIALI, CONCEPIMENTO, SENTIMENTO SOCIALE

I. Introduction: Mouvement, finalité et *Gemeinschaftsgefühl*

Dés le début de la vie, nous dit Adler (1927, 1930, 1933), la psyché est orientée, sans mouvement il n'y aurait pas de vie. Il faut entendre la notion de vie humaine dés la conception, dés l'organisation des cellules germinales pour former d'abord l'embryon qui deviendra fœtus jusqu'à l'éclosion de sa naissance et le passage à une autre forme de vie.

La vie suppose le mouvement, pour se développer, s'adapter, et viser la conservation. La vie humaine est métonymique de la vie cosmique.

Le développement du sujet est basé sur un mouvement de déhiscence, d'une situation inférieure à une situation supérieure. Déhiscence identitaire (idéal de personnalité), déhiscence sécuritaire, homéostasique (de la pulsion d'organe à la pulsion psychique), libidinal (du féminin au masculin).

Le mouvement se produit parce qu'un but se propose au sujet. «Le but fournit au mouvement l'énergie indispensable à sa mise en branle» (Mormin & Viguier, 1993, p. 611). Le but se construit sous l'influence du schéma aperceptif.

Le mouvement contribue au développement psychique et à l'élaboration du style de vie (structure du Moi) en rapport à l'empreinte du Gemeinschaftsgefühl. La finalité est donc source de vie, le sens que l'on donne à la vie est déterminé par l'acte psychique, la finalité, l'intentionnalité. Tendre vers, c'est instituer le mouvement qui donne sens à la vie. Le moteur du mouvement est le Gemeinschaftsgefühl.

Le mouvement s'origine de l'innéité du *Gemeinschaftsgefühl*, sentiment d'appartenance à la

communauté humaine, qui convoque le besoin et la nécessité de l'autre donc du sens de la relation, en tant que détermination de l'inscription humaine dans la vie, la relation définit la nature de l'homme. Nous pouvons affirmer que la vie in utero, la collaboration des organes, témoins d'un mouvement de vie répond déjà à cette empreinte.

Comment repérer ce qui est déjà de l'innéité du *Gemeinschaftsgefühl* pendant la vie in utero?

II. Premier lien: le lien bio psychique mère/fœtus

Le besoin d'être lié est inné, nous dit Adler (1908), «inné», du latin «innatus» qui signifie «né dans» et encore ce qui étant de naissance est attribut naturel d'un être, l'inné s'oppose à l'acquis de sorte que le couple forme le cadre conceptuel à l'intérieur duquel il est possible de se demander s'il existe une nature humaine ou si tout dans l'homme est culturel. En ce sens l'innéisme s'oppose au réductionnisme biologique, en postulant que l'on peut trouver des caractères qui ne peuvent être expliqués par le jeu mécanique des organes: langage, pensée seraient la marque de l'exception humaine dans le règne naturel (Blay, 2006).

Questionnant l'innéité du besoin de se lier, nous devons interroger les aptitudes affectives en deçà de la naissance. «Il existe même une nouvelle discipline médicale qui s'attache à la dimension psychique de la maternité et qui prend en compte les difficultés de relation mère/enfant, la maternologie» (Bergeret et al., 2006, p. 69).

Le fœtus vit dans une plénitude nommée «totalité vitale», avec une homogénéité vitale (milieu offrant toutes les conditions de la vie), et déjà une sensibilité multimodale à ressentir ce milieu. La naissance sera la dislocation de cette homogénéité, passage de la plénitude à un état de prématurité.

L'espace utéro-placentaire est l'interface fœtus/environnement, ainsi le fœtus n'est pas humain par la naissance mais le devient durant sa gestation. Il y aura donc constitution d'un lien réciproque biopsychique pendant la grossesse, la mère opérant une nidification (construire son nid, nicher), le fœtus s'inscrivant dans un processus de nidation (fixation de l'œuf fécondé dans la muqueuse utérine).

Pendant la période fœtale, les organes des sens hormis la vision, toucher, ouie, olfaction, vont permettrent des perceptions sensorielles et des affects «forme agréable ou désagréable que prend, dans l'émotion, la relation à l'autre» (*Ibid*., p. 162); ceux-là, au cours de la période post-natale se fixeraient ensuite à des représentations fonctionnant ainsi au registre pulsionnel.

Ainsi, les compétences du fœtus lui permettaient d'investir l'objet avant qu'il soit perçu, investi grâce aux organes sensoriels efficients (exemple de la perception de la voix maternelle qui permettrait un premier investissement de l'objet).

Très tôt, onzième semaine de gestation, le fœtus développe odorat et goût: «un bébé dans le ventre de sa mère commence à vivre par le nez et la bouche» (Delassus, 2001, p. 32). Ensuite viennent les aptitudes cutanées et vestibulaires (12 éme semaine), sentir avec sa peau, puis l'ouie (18éme semaine) et vers 24 semaines, la réaction aux bruits extérieurs. La formation des cônes et des bâtonnets se fait entre la 14éme et la 16 éme semaine, les mouvements oculaires vers la 16éme et la vision vers la 22 éme semaine. Il existe donc «quatre sensibilités fondamentales en voie d'acquisition dés la douzième semaine de gestation» (*Ibid*., p. 33).

Il existerait des zones corticales libres où seraient engrammées des traces mnésiques, «une

inscription pré psychique de traces perceptivo sensorielles» (*Ibid.*, p. 193). Les ensembles de neurones s'agencent progressivement et naturellement pour voir, entendre. Il y a donc une empreinte de la vie dans le sein de la mère, la vie in utero réaliserait «une empreinte de totalité et de perfection» (*Ibid.*, p. 44). Les voies sensorielles et les zones corticales réceptrices réalisent les conditions d'une vie sensible dés ce moment.

A ce stade, l'embryon devient fœtus. («Fœtus : vient de la portée des animaux, du latin fécondité. Delassus (2001) propose «pré naissant ou pré né»). Ce qui fait du fœtus, au-delà de son développement physique, un être, est sa capacité à engrammer cette expérience de vie; ainsi, il est déjà un être ouvert à un autre monde, le monde maternel.

Des études cliniques portant sur la réduction embryonnaire ont montré l'impact de celle-ci sur les fœtus restant et l'engrammage des traces sensorielles y étant relatives, parfois source de conflit. Certaines études (Missonier, 2007) ont posé l'hypothèse d'une genèse des troubles psychosomatiques dans la vie fœtale. Il existerait ainsi une mémoire fœtale qui expliquerait les traces mnésiques laissées par les traumatismes précocissimes. Il existe donc un état de croissance des organes qui se développent et se préparent «en vue de». Ce qui nous ramène à la finalité, à l'inscription téléologique.

III. De l'élaboration de l'organe psychique fœtale à la gestation de l'imaginaire

Le développement du foetus se fait dans le cadre des interactions qui existent déjà avec la mère et ne peuvent s'entendrent sans reconnaître ce qui psychiquement est en jeu chez elle. Le devenir mère est empreint du mode de relation à sa mère propre, du modèle maternel identificatoire. Le désir d'enfant chez la mère s'originerait d'un pays lointain et l'état de grossesse la ramènerait à cet «endroit perdu», «Un profond travail dans l'inconscient de soi ramène là d'où les mères savent puiser ce qu'elles donnent à leur enfant» (Delassus, 2001, p 7).

L'état de grossesse permet à la femme d'accéder au sentiment de l'intérieur de soi, c'est une vie au-dedans de la mère où chacun se nourrit de l'autre. C'est un temps ou la femme est tournée vers ce monde intérieur, elle y est attirée, appelée par la perception qu'elle a de son bébé, par ce qu'elle sent de sa présence. Plongée dans le monde d'en dedans de son corps, elle rejoint son bébé. L'accueil des sensations, perceptions, l'attention portée au moindre indice signifiant la présence de cette vie à l'intérieur, toute la préoccupation de la mère pour son enfant lui est transmise psychiquement par le corps. Nous connaissons la sensibilité du fœtus aux stimulations de l'extérieur, mouvement pour venir au contact de la paroi abdominale lorsqu'il est sollicité, ressenti de la chaleur de la main; cette chaleur est rassurante pour la mère, fait chuter les tensions au niveau de la sphère abdominale et ce relâchement laisse davantage de place au fœtus; de ce fait la mère obtient une meilleure perception de son bébé d'où échange psychique. Delassus (2001) désigne ce dialogue mère/enfant, par le terme de «un parlé avec les mots de la chair. La mère qui interagit avec cette vie en elle «est l'écho de cette vie au-dedans» (*Ibid*., p. 10), elle connaît son enfant de l'intérieur de son corps. Le fœtus se développe protégé par le corps de la mère, sans avoir été exposé comme certaines espèces aux prédateurs, il se développe dans un monde tout à lui où pratiquement seul la mère a accès.

Donc, la venue au monde, la naissance, n'inaugure pas le lien et l'innéité du besoin de relationner, les conduites affectives et relationnelles se repèrent déjà pendant la vie fœtale. Le lien ne se crée

que par l'interaction entre la construction de l'enfant par l'imaginaire maternelle en gestation et la gestation biologique du fœtus; c'est l'inter relation fœtus/imaginaire maternel qui fait trace.

IV. Attachement et lien

L'homme tient son humanitude de la capacité du sujet à intégrer la culture humaine. Celle-ci trouve sa source dans ce qui singularise l'homme du règne animal, sa capacité et son besoin de relation indispensable à sa survie autant qu'à la survivance de l'espèce. La source en est l'attachement, processus originaire du goût de l'autre, de la réciprocité et de sa reconnaissance de l'amour (Mormin, G.,1999, 2003).

A la racine de l'affectivité, nous trouvons le *Gemeinschaftsgefühl*, chez l'enfant à l'état embryonnaire ou plutôt à l'état d'empreinte et chez la mère développé à un certain degré selon l'orientation de sa personnalité.

Le nourrisson manifeste de façon innée son besoin de se lier, la nécessité de se lier prend sa source dans l'attachement, son besoin d'attachement. L'enfant donne des indices du *Gemeinschaftsgefühl*, par ses mimiques, sourires, gesticulations, ses cris comme appels à l'autre. La mère et l'enfant se trouvent dans une relation qui n'est pas d'unilatéralité mais de réciprocité, chacun offrant à l'autre.

Ce besoin primaire d'attachement préalable au développement de liens sociaux durables et féconds, Adler (1908) l'a signifié très tôt, postulant chez le petit d'homme un besoin inné de se lier, de relationner. Ce besoin, le petit d'homme le porte en lui, « organiquement » inscrit nous dit Adler. L'organique ne peut se réduire à la simple collection d'organes, mais doit être entendu dans son aspect métaphorique de ce qui porte et soutient la vie et le sens de la vie. Cette inscription organique est la trace, l'empreinte du socius qui laisse pressentir l'appartenance à la communauté humaine. Socius signifie «lié».

L'attachement est le ciment nécessaire au développement du Gemeinschaftsgefühl, nécessaire à la survie de l'espèce, à mi chemin entre l'inné et l'acquis. L'attachement est le lien spécifique qui unit l'enfant à sa mère ou son substitut. L'attachement est un fait primaire, qui ne s'étaye sur aucune pulsion biologique donc indépendant de la satisfaction des besoins vitaux et qui n'est pas le résultat d'un apprentissage. De cet attachement primaire à la mère dépend l'équilibre affectif et social ultérieur. L'attachement est une conceptualisation sur les origines de l'affectivité liée à la notion d'empreinte.

Les études des éthologues dans les années 1950 avaient démontré à partir de faits observés chez les animaux, que le besoin d'attachement était premier et ceci totalement indépendamment des besoins vitaux. Le comportement d'attachement peut se développer chez le caneton ou les oiseaux sans que les jeunes animaux ne reçoivent ni nourriture, ni autre gratification. Dans les heures qui suivent l'éclosion, ces jeunes créatures ont tendance à suivre tout objet qui se déplace dans leur champ de vision, que ce soit la mère oie ou cane, un homme, un ballon en caoutchouc ou une boîte en carton. Une fois qu'ils ont suivi un objet en particulier, ils en viennent à préparer cet objet et après un certain temps n'en suivront plus d'autre. Le processus d'apprentissage des caractéristiques de l'objet est ce que l'on nomme l'empreinte. Après avoir examiné et vérifié ces découvertes, nous disposons maintenant de preuves substantielles qu'il en est ainsi : le comportement d'attachement

chez l'homme se développe de la même façon (Bowlby, 1969).

En psychologie, l'empreinte se définit comme «ce qui rend compte », être empreint d'un sentiment, d'un objet, c'est en porter la marque. L'empreinte est une inscription par impression, par contact. Le concept d'empreinte montre l'importance de la personne qui se situe en premier dans l'espace de l'enfant et répond à son besoin d'être lié, besoin affectif primaire. L'empreinte est ce qui fait trace, habite le sujet. C'est une marque durable, profonde, indélébile reçue au cours d'une expérience précoce.

Ainsi, la psyché est imprégnée de l'autre (empreinte), et nous dit Adler (1927): «Ce qui se développe dans l'âme de l'enfant sera toujours plus pénétré par les rapports de la société avec lui ; on voit se produire les premiers indices du sentiment inné de communion humaine, on voit fleurir des mouvements de tendresse organiquement conditionnés qui vont si loin que l'enfant cherche l'approche de l'adulte. On peut toujours observer que l'enfant dirige ses inclinations tendres sur autrui et non sur lui-même comme le veut Freud. Ces mouvements sont différemment gradués selon la personne à laquelle ils s'adressent» (pp. 41-43).

Le lien primaire est une force d'attachement, lien symbiotique du corps de l'enfant dans le corps de la mère puis du corps à corps mère/enfant. «Tout lien futur est probablement marqué par ce premier lien fusionnel» (*Ibid*., p. 14). Le lien à la mère est crée par des manifestations du sentiment de communion du bébé et de sa mère (Nadaud, 1992).

Lorenz a défini le *lien* comme «le comportement qui révèle objectivement l'attachement mutuel» (Nadaud, 1994, p. 57).

Le lien, observe S. Kutek (1997), «est plus que le simple contact. Il est ce qui unit deux personnes ensembles. Il unifie l'individu. Il est une force d'attachement. Le lien a probablement à voir avec l'amour» (p. 13). La mère est au seuil du développement affectif de l'enfant dont dépend en partie le développement ultérieur de la personnalité. La puissance de ce besoin d'attachement pousse le nourrisson à interpeller sa mère, s'accrocher à elle si elle paraît lointaine, indifférente. Ce lien va se développer, s'intensifier, devenir puissant dans les premiers contacts si la mère par son attention continue, par la qualité de ses réponses, la rythmicité des soins ouvre l'enfant à la relation. La position empathique de la mère qui reconnaît les besoins de son enfant permet le tissage du lien.

Les premiers contacts mère enfant sont fondamentaux, la qualité du lien à la mère apaise les angoisses du nouveau-né. Chaque situation nous dit Adler est l'occasion d'alimenter ce lien: l'étreinte, le contact peau à peau, l'odeur de la peau de la mère, le toucher du corps de l'enfant, l'éveil sensoriel, le regard, le sourire, les sons et modulations de la voix.

«L'extraordinaire importance de la mère […] ressort clairement. Elle se trouve au seuil du développement du sentiment social. L'héritage biologique du sentiment social humain est confié à ses soins. Dans des gestes futiles, à l'occasion du bain, dans tout ce qu'elle fait pour l'enfant et dans tout ce que l'enfant impuissant exige, elle peut renforcer ou gêner le contact. Ses rapports avec l'enfant, sa compréhension et son habileté sont des moyens déterminants» (Adler, 1933, p. 150).

Ce lien étayant le petit d'homme dans la construction de sa psyché, apporte en premier la *sécurité***.** L'innéité du besoin de se lier répond à la néoténie du nourrisson. Le nourrisson parce qu'il naît prématuré découvre son incomplétude et de ce fait se vit insécure. L'espace maternel garantit habituellement la sécurité affective nécessaire au développement psychoaffectif harmonieux. La

mère protége par sa fonction de pare excitation son enfant de stimuli, d'excitations, d'informations qu'il ne peut traiter ; d'autre part, les comportements maternels stables et prévisibles, la qualité des soins prodigués protégent le nourrisson de motions mortifères, d'expériences déshumanisantes.

«Le sentiment social donne à chacun une sensation de sécurité qui représente pour lui le principal appui dans le vie» (Adler, 1930, p. 57). La base de la structuration du Moi repose sur le sentiment de continuité d'être provoqué par les processus compensatoires, l'existence de ce sentiment prenant naissance dans le soin porté à l'enfant. Le petit d'homme investi à sa juste place et valeur, ni trop ni trop peu, peut édifier sa personnalité sur des bases narcissiques solides. Si le cadre de la mère est satisfaisant, l'enfant se développera sans être trop perturbé par des stimulations qu'il vit sur le mode de l'attaque. Lorsque la mère fonctionne comme espace sécure, l'enfant peut alors se laisser aller à explorer le monde, retrouvant ou retournant si besoin à cet espace de sécurité.

La répétition d'expériences satisfaisantes donne au petit d'homme le sentiment d'exister, la possibilité d'édifier son Moi. Empreint du *Gemeinschaftsgefühl* qui signe son appartenance à la communauté humaine, le pressentiment de l'autre a une fonction subjectivante «Je sais que j'existe parce qu'il y a un autre».

Etre lié c'est reconnaître l'autre et en être reconnu. Le besoin de se lier préfigure l'autre et permet une différenciation Moi/non Moi, le processus d'individuation procède de cette possible différenciation. Le Moi s'appuie et se différencie à partir du sentiment d'incomplétude et par l'identification à une instance supérieure fictive, l'identification advient pour satisfaire le sentiment d'appartenance. «Il existe une immanence réciproque de soi et de l'autre, de l'individu et de la communauté: percevoir l'autre implique d'être perçu, ainsi le fondement de l'être se trouve aussi dans l'autre ; l'autre donne la possibilité de se saisir de son être» (Mormin, A.-M., 2004, p. 10).

La relation de l'enfant au corps maternel cristallise les modalités de la vie relationnelle. Le corps est une dimension symbolique constituant le premier représentant du monde extérieur, le corps maternel contient, pour l'enfant, un nombre considérable d'objets, devenant ainsi une image condensée du monde. Ainsi le lien mère enfant est lui aussi métaphorique du lien entre sujet et communauté, sujet/cosmos.

L'établissement de la relation élargie aux autres de l'environnement familial puis au monde extérieur est «conditionné» pour une partie par les modalités de cette première relation.

V. Le *Gemeinschatsgefühl*, empreinte de l'altérité

*«*La psychanalyse adlérienne se doit de considérer le développement de la personnalité dans son mouvement historique dans une genèse autant individuelle que sociétale» (Mormin, G., 2003, p. 14). *L'empreinte du Gemeinschaftgefühl est la trace qui existe en chacun de son appartenance à la communauté humaine, cette empreinte constitue la prémisse du fondement identitaire. Le Gemeinschaftsgefühl est antérieur à toutes représentations. Le Gemeinschaftsgefühl est la valeur essentielle qui structure le sujet, valeur au fondement de l'identité de chacun.*

Le sujet se trouve à la croisée de l'ontologique, du phylogénétique et de l'éthique qui ancrent l'individu dans la communauté humaine et l'inscrit dans une finalité à la fois individuelle et communautaire. Nous faisons partie du monde et nous n'en faisons pas partie seul, ça c'est un

mouvement dans la compréhension de l'autre. J'en suis, nous en sommes, c'est un mouvement d'intégration en commun. C'est un des aspects fondamentaux du sens communautaire qui n'est pas simplement mouvement vers l'autre, mais mouvement "ensemble" (Pelicier, 1991).

Le sujet est à la fois sujet et objet de son épanouissement et du point de vue phylogénétique concourt à la perpétuation de l'humanité ; ainsi en lui s'inscrit l'histoire de l'espèce. Le *Gemeinschaftsgefühl* s'originerait de la nuit des temps, l'homme dépourvu de capacités et de défenses naturelles pour assurer sa survie, contrairement aux animaux qui développent selon les espèces vélocité, puissance ou autres avantages de nature à assurer leur protection, l'homme dépourvu d'organes de défenses a assuré sa survie en se regroupant; ainsi, il a développé son organe psychique qui vient remplacer ce qui manque comme valeur organique: «L'organe psychique a la capacité d'introduire adaptation et sécurité» (Adler, 1927, p. 30).

C'est donc à partir de son infériorité que l'homme a été conduit à se regrouper, créant ainsi des conditions plus favorables à sa survie. La tendance à s'adapter aux conditions données par l'entourage constitue au plan biologique le sentiment social (Mormin, G., 2003).

Ainsi, le sentiment d'appartenance est le fondement de toute vie humaine sans lequel l'espèce humaine n'aurait pas survécu. Les hommes ont été dans l'obligation de répondre aux contraintes du monde extérieur pour s'adapter et survivre; le *Gesellschaft* représente la contrainte du monde extérieur car à l'état de nature, l'homme insuffisamment doté de protection n'aurait pas survécu, il lui a fallu se regrouper, travailler et produire les biens nécessaires à sa protection et survie, ce qui s'entend dans la notion de culture.

Les exigences qui ont découlé de la vie en collectivité ont formé l'organe psychique (organe de prévision) et ces exigences sont présentées et maintenues «par un principe de communauté d'une valeur générale» (Adler, 1927, p. 46).

Tout ce qui a valeur générale lie les individus (langage, justice, logique, éthique, esthétique etc.). La communauté avec ses exigences influence les normes et formes de notre existence, influence le développement de notre organe pensant. Les règles sociétales sont ce qui constitue le sujet humain. Ce qui définit le sujet humain, c'est la conscience, celle-ci *se définit principalement par le fait d'être en relation* (Sperber, 1972).

Le *Gemeinschaftsgefühl*, qui fait du petit d'homme un animal de relation, permet une différenciation moi/non-moi, le besoin de relationner préfigurant l'autre. Le processus d'individuation procède d'une possible différenciation Moi/non Moi. Par le jeu dialectique des aperceptions tendancieuses va se signifier l'écart entre intériorité/ extériorité ; les impressions, perceptions, stimulations vont être hiérarchisées, classifiées, certaines écartées, structurant ainsi le schéma aperceptif qui sert à sortir de la confusion archaïque mère/ enfant et qui va engendrer ainsi des images de l'extériorité.

La forme d'intériorité du schéma aperceptif constitue la possibilité d'être affectée par soi-même, l'extériorité représentée par l'espace cosmique définit la possibilité d'être affectée par autre chose en tant qu'objet extérieur. Ces deux dimensions interagissent orchestrées par le *Gemeinschaftgefühl*. La relation entre ces deux formes intériorité/extériorité est la circularité afin de proposer au Moi et à son but fictif un mode de conjonction. Le schéma aperceptif s'inscrit dans un jeu dialectique:

- conforter le Moi à l'idéal de personnalité;
- conforter l'illusion existentielle du but fictif.

Le Moi s'appuie et se différencie à partir du sentiment d'incomplétude et par l'identification à une instance supérieure fictive. L'érection de l'idéal de personnalité se fait par identification au but fictif (qui n'est que pur symbole). L'identification advient pour satisfaire le sentiment d'appartenance. La communauté représente l'autre de moi en tant qu'il est senti par le moi. Ce processus se manifeste dans la synthèse opérée par le *Gemeinschaftsgefühl* et le *Gesellschaft*, pour qu'advienne le *Gemeinschaftsgefühl* sentiment d'appartenance communautaire, qui confère au sujet l'assise identitaire: processus identitaire inconscient et conscient, déterminant le sentiment d'appartenance ou l'acquis prend appui sur l'inné (Mormin, G., 1999, 2003).

Le sentiment communautaire (*Gemeinschaftgefühl*) inaugure le style de vie et est ce qui donne sens à la vie, potentialité humaine qui donne à chaque être humain l'élan nécessaire afin de dépasser sa propre condition d'homme, né petit, inférieur (Adler, 1908, 1927, 1930, 1933).

Le style de vie se forme au regard des expériences précoces de l'enfant, de ses essais, de ses erreurs, des imagos et représentations, tous mouvements par lesquels il tente d'atteindre son but. A savoir ce qui fait empreinte pour l'individu dans le cosmos (trace de son passage). Le style de vie individuel est le lieu de ce drame inconscient qui porte en mémoire le sens social en tant qu'essence indestructible de laquelle s'origine le mouvement.

Le style de vie est l'élément permettant de spécifier, d'identifier le Moi, qui se concrétise dans la manière propre de l'individu de se mouvoir dans l'existence, de poursuivre son but. La ligne d'orientation, le plan de vie du sujet est unitaire. Dans chaque trait psychique il y a l'empreinte d'un plan de vie (Adler, 1927, 1930).

Ainsi, le sujet peut s'impliquer à partir de sa conception du monde, érigée grâce au schéma aperceptif, confronté aux exigences du monde.

VI. Du *Gemeinschaftsgefühl* au sentiment cosmique

Pour Adler (1930), la force de vie serait portée par le Gemeinschaftgefühl. Ce sentiment inné de communion humaine est aussi sentiment de solidarité qui dépasse la communauté des hommes, qui lie l'être au monde et au delà au cosmos «une liaison intime avec l'ensemble de la vie, connexion cosmique qui transcende l'homme et le pousse à s'intéresser à tout ce qui représente la vie, tout ce qui est mouvement, ce qui ne se saisit pas dans l'immédiat» (p. 30) (alternance jour/ nuit, mobilité des atomes, règne du soleil).

En effet, le psychisme du petit d'homme est empreint d'un sentiment inné de communion humaine mais davantage encore d'un sentiment de solidarité qui dépasse la communauté des hommes, qui le lie au monde et au-delà, au cosmos. C'est «une liaison intime avec l'ensemble de la vie» (Adler, 1933, p. 30*).* Ainsi dans sa recherche du sens à donner à la vie, le troisième axiome de la philosophie adlérienne, nous renseigne sur ce lien cosmique: le principe de l'influence cosmique: l'individu ne saurait se concevoir isolé du cosmos dont il subit les influences sous des formes multiples. Mais outre ces influences universelles, chaque individu a sa propre façon de percevoir le cosmos. Le sentiment communautaire, *Gemeinschaftgefühl* est un reflet de cette interdépendance générale du cosmos qui vit en nous, auquel nous ne pouvons nous arracher totalement et qui nous rend capables de ressentir ce que sentent les autres êtres. Le sentiment communautaire consiste avant tout dans l'acceptation

spontanée de vivre conformément aux exigences naturelles de la communauté (Ellenberger, 1970).

Le cosmos est le père de l'homme, comment s'est crée le cosmos? D'où vient l'homme? Les mythes puis les religions ont tenté de donner réponse, les avancées scientifiques sur les origines de la vie soulignent la subordination de l'humain à son environnement, de l'humanité au cosmos. De l'infini du cosmos au fini de l'existence de l'homme. Mais le sentiment de finitude de l'homme donne la possibilité de s'inscrire dans l'infinitude du cosmos, le cosmos, là où s'origine toute vie et toute forme de vie. Chaque élément en mouvement fait partie du cosmos.

VII. La défaillance du *Gemeinschaftsgefühl*

La discontinuité du lien (séparations précoces répétées), l'insuffisance d'interactions ou tout ce qui fait distorsion induisent dans le développement de l'enfant des troubles allant de perturbations somatiques aux troubles psychosomatiques, à l'arrêt du développement cognitif, aux troubles psychoaffectifs, jusqu'à la dépression anaclitique.

Ces troubles repérés sous le terme générique de carences précoces s'originent dans la défaillance de la relation objectale, défaillance du *Gemeinschaftsgefühl*. Elles englobent les notions de frustration et de privation. La privation porte sur le besoin (nécessité biologique) qui peut entraîner des préjudices inscrits dans le psychisme, la frustration porte sur la nécessité psychique (insatisfaction en rapport à une exigence libidinale).

Actuellement sous le terme de carences sont regroupées les maltraitances associées : physiques, psychiques, sexuelles. «Les carences maternelles provoquent des phases de réaction aux empiétements et ces réactions interrompent la continuité d'être de l'enfant» (Winnicot, 1958, p. 289). Les carences peuvent être entendues comme privation de stimulations sensorielles, en affects et en afférences sensorielles. L'absence d'étayage de l'imago maternelle peut aller jusqu'à la non intégration de cette imago. La dimension spéculaire absente ne permet pas à l'enfant de se construire dans l'altérité, l'entraînant dans le cadre compensatoire des mécanismes de défense. Le manque de la mère provoque des défauts de construction du Moi très archaïques.

Les expériences qui concourent à l'édification du Moi capable de faire face à la frustration, proviennent des expériences d'annihilation dont l'enfant se remet à chaque fois; ces expériences sont structurantes lorsque l'enfant trouve l'étayage nécessaire de l'objet primaire, dans le cas contraire l'enfant est dans le ressenti de la menace de néantisation. «Le défaut d'adaptation de la mère au stade le plus précoce ne produit rien d'autre que l'annihilation du self chez le petit enfant» (*Ibid.*, p. 29).

La carence aboutit à une interruption de ce sentiment de continuité de l'être, un affaiblissement du Moi en résulte, l'enfant existe alors dans une chaîne de réactions à l'empiétement et de tentatives de rétablissement. La personnalité s'édifie alors sur la base de réactions aux empiétements de l'environnement. La carence laisse l'enfant aux prises de mécanismes de défenses primitifs en rapport avec la menace d'annihilation

La défaillance de l'apport maternel, la distorsion du lien primaire, lien originel, modifient ou constituent un empêchement dans la structuration psychique de l'enfant et invalident sa capacité à tisser de futures relations.

Adler (1930) avait pressenti sous le terme «d'enfant négligé» les effets des carences dans

l'élaboration de la personnalité. Il a postulé des effets similaires chez l'enfant délaissé et chez l'enfant surprotégé (concept «d'enfant gâté».L'inadéquation du comportement maternel, le débordement de tendresse exagéré, l'empiétement de l'espace subjectif de l'enfant «rendant superflus son attitude, ses pensées, ses actions, voire même son langage» (Adler, 1933, pp. 104-105), perturbe l'enfant dans sa construction de l'image du monde, dans l'établissement de la relation à l'autre.

L'enfant négligé qui n'a pas connu l'expérience de ce lien d'attachement, qui n'a pu développer son sentiment d'appartenance, aura tendance à ressentir l'extérieur comme lui étant hostile. L'enfant a une connaissance précoce de la présence qui remplit la fonction maternelle; la discontinuité de cette présence peut s'avérer traumatique, tout comme les carences peuvent s'inscrire comme véritable traumatisme psychique.

«L'importance du lien est rendu visible par son contraire : l'absence de lien ou a-liénation. […] Perdre le lien signifie perdre la raison, perdre la tête, perdre ce qui constitue notre spécificité humaine. C'est perdre la relation harmonieuse avec soi et les autres, c'est à dire, ne plus être dans une relation humanisante» (Kutek, 1997, p. 12).

VIII. Conclusion

Le *Gemeinschaftsgefühl* est à l'origine de ce qui va se développer chez l'humain comme caractère spécifique, besoin d'attachement, besoin de relationner. Le *Gemeinschaftsgefühl* est la pierre angulaire du fonctionnement inconscient, celui-ci s'enracine dans le cosmos ; l'inconscient est la mémoire vivante de l'appartenance du sujet à la communauté humaine et l'inscription de l'humanité dans le cosmos.

Tout ce mouvement processuel, du cosmos au sujet et réciproquement, constitue ce tissu vivant duquel advient l'individu autant que la communauté. Ce tissu vivant s'incarne dans la dynamique du *Gemeinschaftsgefühl*. Chaque fois qu'advient l'individu advient l'humanité. Le *Gemeinschaftsgefühl* est ce qui fonde l'expérience humaine.

BIBLIOGRAPHIE

ADLER, A. (1908). Das Zärtlichkeitsbedürfnis des Kindes. In A. ADLER & C. FURTMÜLLER. (Eds.). (1914). *Heilen und Bilden:Ärztlich-pädagogische Arbeiten des Vereins für Individualpsychologie*. München: Reinhardt.

ADLER, A. (1927). *Menschenkenntnis*. Leipzig: Hirzel. (Trad. fr. *Connaissance de l'homme*, Paris: Payot, 1981).

ADLER, A. (1930). *Die Seele des Schwererziehbaren Schulkindes*. München: Bergmann. (Trad. fr. *L'enfant difficile.* Paris: Payot, 1978).

ADLER, A. (1933). *Der Sinn des Lebens*. Wien-Leipzig: Rolf Passer. (Trad. fr. *Le sens de la vie.* Paris: Payot, 1975).

BERGERET, J. ET AL. (2006). *Anthropologie du fœtus*. Paris: Dunod.

BLAY, M. (Ed.). (2006). *Dictionnaire des concepts philosophiques.* Paris: Larousse.

BLOCH-DANO, E. (2004). *Madame Proust*. Paris: Grasset & Fasquelle.

BOWLBY, J. (1969). *Attachment. Attachment and loss: Vol. 1. Loss*. New York: Basic Books.

DELASSUS, J.-M. (2001). *Le genie du foetus*. Paris: Dunod.

ELLENBERGER, H. F. (1970). *The Discovery of the Unconscious: The History and Evolution of Dynamic Psychiatry.* New York: Basic Books.

KUTEK, S. (1997). De la nature du lien. *Le Bulletin*, *89*.

MISSONNIER, S. (2007). Le premier chapitre de la vie? Nidification fœtale et nidation parentale. *La psychiatrie de l'enfant*, *50* (1), 61-80.

MORMIN, A.-M. (2004). Enfant adopté, enfant à aimer. *Le Bulletin,109*.

MORMIN, G. (1999). Délit de grossesse, grossesse du délit. *Les Actes*, 4éme Université J. Luquet.

MORMIN, G. (2003). Continuité et conscience de la continuité, l'éthique adlérienne. *Le Bulletin*. *104*.

MORMIN, G., & VIGUIER, R. (1990). *Adler et l'Adlérisme*, *Que sais-je?* Paris: PUF.

MORMIN. G., & VIGUIER, R. (1993). *La théorie analytique adlérienne*. Paris: Masson.

NADAUD, L. (1992). Tant qu'il y aura des bébés. *Le Bulletin. 72*.

NADAUD. L. (1994). Le concept adlérien de sentiment social, in revue de la psychologie de la motivation. *Le Bulletin, 17*.

PELICIER, Y. (1991). La rencontre. *Le Bulletin*, *71*.

SPERBER, M. (1972). *Alfred Adler et la psychologie individuelle.* Paris: Gallimard.

WINNICOT, D. R. (1958). *Collected Papers: Through Paediatrics to Psychoanalysis.* London: Tavistock. (Tr. fr. *De la pédiatrie à la psychanalyse.* Paris: Payot, 1969).

Anne-Marie Mormin
Institut Sfpa
1, Impasse des Marguerites
F-16470 Saint Michel
E- mail: ammormin@hotmail.fr

AI CONFINI DELL'ATTACCAMENTO E DEI LEGAMI SOCIALI: IL *SENTIMENTO DI COMUNITÀ*

Anne-Marie Mormin

I. Introduzione: movimento, finalità e *Gemeinschaftsgefühl*

Fin dall'inizio della vita, dice Adler (1927, 1930, 1933), la psiche è orientata: senza movimento non ci sarebbe vita. Occorre approfondire il concetto di vita umana già nella fase del concepimento, così come dell'organizzazione delle cellule germinali che formano l'embrione, che diventerà feto, fino allo sbocciare della sua nascita con il passaggio ad un'altra forma di vita.

La vita implica movimento per svilupparsi, per adattarsi e per puntare alla sua conservazione. La vita umana è metonimica della vita cosmica.

Lo sviluppo del soggetto si basa su un movimento di *deiscenza*, da una situazione inferiore ad una situazione superiore: *deiscenza* dell'identità (*Ideale di personalità*), *deiscenza* della sicurezza, *deiscenza* omeostatica (dalla *pulsione d'organo* alla *pulsione psichica*), *deiscenza* libidica (dal femminile al maschile).

Il movimento ha luogo perché una meta si presenta al soggetto. «La meta fornisce l'energia necessaria al movimento per mettersi in moto» (Mormin & Viguier, 1993, p. 611). La meta si struttura sotto l'influenza di uno *schema appercettivo*.

Il movimento contribuisce allo sviluppo psichico e alla costruzione dello stile di vita (struttura del Sé) in relazione all'impronta del *Gemeinschaftsgefühl, il Sentimento di Comunità*. La meta è sorgente di vita: il significato che diamo alla vita è determinato dall'atto psichico, dallo scopo, dall'intenzionalità.

"Tendere verso" implica il movimento che dà senso alla vita ed il motore del movimento è il *Sentimento di Comunità*.

Il movimento trae origine dall'innato *Sentimento Sociale*, dal senso di appartenenza alla comunità umana, che riunisce il *bisogno* e la *necessità* dell'altro dando significato alla relazione e determinando l'inserimento dell'essere umano nella vita: la relazione definisce la natura dell'uomo.

Possiamo affermare che la vita in utero, attraverso la collaborazione degli organi, evidenzia un movimento della vita che risponde già a questa impronta.

Come identificare ciò che esiste già nell'innato *Sentimento di Comunità* durante la vita all'interno dell'utero?

II. Legame primario: il legame bio-psichico madre/feto

Il bisogno di legami è innato, dice Adler (1908), "innato" dal latino "innatus" significa "nato dentro", e ancora «se la nascita è lo stato naturale di ogni essere umano, l'*innato* è opposto all'*acquisito*, dal momento che la coppia forma il quadro concettuale all'interno del quale è possibile chiedersi se esista una natura umana oppure se tutto ciò che concerne l'essere umano sia culturale. In questo caso

l'*innato* si oppone al *riduzionismo biologico*, postulando che si possono trovare delle caratteristiche che non possono essere spiegate attraverso il gioco meccanico degli organi: il linguaggio, il pensiero rappresentano l'eccezione umana nel regno della natura» (Blay, 2006).

Nell'interrogarci se il bisogno di legarsi sia innato, dobbiamo anche analizzare gli atteggiamenti affettivi presenti prima ancora della nascita. «Esiste anche una nuova disciplina medica che prende in considerazione la dimensione psichica della maternità e che tiene conto delle difficoltà di relazione madre/bambino, la maternologia» (Bergeret et al., 2006, p. 69).

Il feto vive in una completezza denominata "totalità vitale", con un'omogeneità vitale (ambiente che offre tutte le condizioni di vita) e possiede già una sensibilità multimodale nel percepire l'ambiente. La nascita rappresenta la dislocazione di questa omogeneità, il passaggio dalla pienezza ad uno stato di prematurità.

Lo spazio utero/placentare rappresenta l'interfaccia feto/ambiente, ne consegue che il feto non diventerà umano a seguito della nascita, ma lo diventa già durante la gestazione. Avremo dunque la formazione di un legame reciproco bio-psichico durante la gravidanza, in quanto la madre compie una nidificazione (costruisce il suo nido) e il feto si inserisce in un processo di nidificazione (l'uovo fecondato si attacca alla mucosa uterina).

Durante il periodo fetale, gli organi di senso tranne la vista, il tatto, l'udito, l'olfatto, permettono le percezioni sensoriali e gli affetti «sotto forma di piacere/dispiacere e attingono dalle emozioni per formare la relazione con l'altro» (*Ibid*., p. 162); tutto ciò nel corso del periodo post-natale si fisserà a rappresentazioni che fungeranno anche da registro pulsionale.

In questo modo le competenze del feto permettono di investire sull'oggetto ancor prima di percepirlo, grazie all'efficienza degli organi sensoriali (ad esempio la percezione della voce materna che permette un primo investimento sull'oggetto).

Molto presto, all'undicesima settimana di gestazione, il feto sviluppa odorato e gusto: «un bambino nel ventre di sua madre inizia a vivere attraverso il naso e la bocca» (Delassus, 2001, p. 32). In seguito compaiono le capacità cutanee e vestibolari (12ma settimana), il feto sente con la propria pelle; poi si sviluppa l'udito (18ma settimana) e verso la 24ma settimana la reazione ai rumori esterni. La formazione di coni e bastoncelli avviene entro la 14ma e la 16ma settimana, i movimenti oculari entro la 16ma settimana e la visione entro la 22ma settimana. Ci sono dunque «quattro sensibilità fondamentali in via di acquisizione entro la dodicesima settimana di gestazione» (*Ibid*., p. 33).

Esistono delle zone corticali libere dove sarebbero impresse tracce mnestiche, «una registrazione prepsichica di tracce percettivo-sensoriali» (*Ibid.*, p. 193). L'insieme dei neuroni si struttura progressivamente e naturalmente per vedere e per capire. Vi è dunque un'impronta di vita nel seno della madre, la vita nell'utero realizzerebbe «un'impronta di totalità e di perfezione» (*Ibid.*, p. 44). Le vie sensoriali e le zone corticali ricettive realizzano, da questo momento in poi, le condizioni per una vita sensibile.

A questo stadio l'embrione diventa feto (*Foetus*: fa riferimento al mondo animale, dal latino fecondità. Delassus (2001) propone il concetto di "pre-nascita o pre-nato"). C'è chi ritiene che il feto, al di là del suo sviluppo psichico, sia un essere in grado di imprimere dentro di sé questa esperienza di vita; in questo modo è già un essere aperto ad un altro mondo, il mondo materno.

Studi clinici relativi alla riduzione embrionale hanno dimostrato l'impatto che questo ha avuto

sul feto rimasto e l'impronta delle tracce sensoriali che, essendo relative, possono causare talvolta conflitti. Alcuni studi (Missonier, 2007) hanno ipotizzato una genesi di disfunzioni psicosomatiche nella vita fetale. Esisterebbe anche una memoria fetale che spiegherebbe le tracce mnestiche lasciate da traumi molto precoci. Esiste dunque uno stato di crescita degli organi che si sviluppano e si preparano "in vista di". Questo ci riporta al concetto di finalità e di orientamento teleologico.

III. Dall'elaborazione dell'organo psichico fetale alla gestazione dell'immaginario

Lo sviluppo del feto si compie nel quadro relazionale già esistente con la madre e non lo si può capire senza riconoscere ciò che è psichicamente in gioco per lei. La futura madre è condizionata dal rapporto che ha avuto con la propria madre, dal modello materno di identificazione. Il desiderio di maternità origina da molto lontano e la gravidanza la riporta in questo "luogo perduto", «un profondo lavoro nell'inconscio di se stessa la riporta là, dove le madri attingono ciò che donano ai loro bambini» (Delassus, 2001, p 7).

La gravidanza permette alla donna di accedere alla propria interiorità, è una vita all'interno della madre, in cui ciascuno dei due si nutre dell'altro. È un momento in cui la donna è rivolta al proprio mondo interiore, ne è attirata, chiamata dalla percezione che ha del proprio bambino, di cui sente la presenza. Immersa nel mondo interiore del proprio corpo, ella si riunisce al proprio bambino. L'accoglimento delle sensazioni, delle percezioni, l'attenzione al minimo, indicano la presenza di questa vita all'interno di se stessa e tutta la preoccupazione della mamma per il proprio bambino è trasmessa psichicamente attraverso il corpo. Sappiamo che il feto è sensibile alle stimolazioni esterne attraverso un movimento che gli consente di entrare in contatto con la parte addominale quando egli è sollecitato, è influenzato dal calore della mano; questo calore è rassicurante per la madre, fa allentare le tensioni a livello della sfera addominale e questo rilassamento lascia più spazio al feto, da cui la madre ottiene una migliore percezione di scambio psichico con il proprio bambino. Delassus (2001) definisce questo dialogo madre/bambino con il termine "linguaggio che utilizza le parole della carne". La madre che interagisce con questa vita dentro di sé «è l'eco di questa vita all'interno» (*Ibid*., p. 10), conosce il suo bambino dall'interno del suo corpo. Il feto si sviluppa protetto dal corpo della madre, senza essere esposto come in alcune specie ai predatori e si sviluppa in un mondo tutto per lui, dove praticamente soltanto la madre ha accesso.

Dunque la venuta al mondo, la nascita, non inaugura il legame e il bisogno innato di relazione, perché i comportamenti affettivi e relazionali si orientano già durante la vita fetale. Il legame si forma attraverso le fantasie che la madre sviluppa durante la gravidanza nei confronti del proprio bambino e la gestazione biologica del feto. È l'interazione feto/immaginario materno che traccia la relazione.

IV. Attaccamento e legame

L'uomo inferisce la sua umanità dalla sua capacità di integrare la cultura umana. Questo è ciò che distingue l'uomo dal regno animale: la sua propensione e il suo bisogno di relazioni essenziali per la sua sopravvivenza e per la sopravvivenza della specie. La fonte è l'attaccamento, un processo

che trae origine dal *gusto* per l'altro, dalla reciprocità e dal riconoscimento dell'amore (Mormin, G., 1999, 2003).

Alla radice dell'umanità troviamo il *Sentimento Sociale* (*Gemeinschaftsgefühl*): nel bambino allo stato embrionale o meglio allo stato di semplice impronta e nella madre sino al livello consentito dall'orientamento della sua personalità.

I neonati manifestano l'innato bisogno di legarsi, che prende forma dall'attaccamento, dall'intimo bisogno di attaccamento. Il bambino fornisce indizi di Sentimento di Comunità con le proprie espressioni facciali, i sorrisi, i gesti, le grida e nel modo in cui chiama gli altri. La madre e il bambino sono in un rapporto che non è unilaterale, ma biunivoco, in cui ognuno dà all'altro.

Questo bisogno primario di attaccamento consente lo sviluppo di legami sociali duraturi e fecondi. Alfred Adler (1908) ha collocato molto presto questo bisogno nella vita umana, affermando che il bambino ha un bisogno innato di legarsi, di relazionarsi. Adler sostiene che il bambino porta codesto bisogno dentro se stesso, nel proprio *organismo*. L'organismo non può essere ridotto al mero assemblaggio di organi, ma deve essere inteso nel suo aspetto metaforico che contiene e sostiene la vita e il senso della vita. Questa registrazione a livello organico rappresenta la traccia, l'impronta del "socio" che lascia presagire l'appartenenza alla comunità umana. "Socio" significa "legato".

L'attaccamento è il cemento necessario allo sviluppo del Sentimento di Comunità, necessario per la sopravvivenza della specie, a metà strada tra innato e acquisito. L'attaccamento è il legame specifico che unisce il bambino alla madre o a una figura vicaria. L'attaccamento è un aspetto primario che non si basa su alcuna pulsione biologica ed è pertanto indipendente dalle esigenze vitali e non è il risultato dell'apprendimento. Da questo attaccamento primario alla propria madre dipende l'equilibrio emotivo e sociale successivo. L'attaccamento è una concettualizzazione sulle origini dell'affettività collegate al concetto di impronta.

Studi etologici avevano dimostrato già nel 1950, partendo da fatti osservati sugli animali, che il bisogno di attaccamento è primario e completamente indipendente dai bisogni fondamentali. Il comportamento di attaccamento può svilupparsi nell'anatroccolo o negli uccelli senza che questi giovani animali ricevano cibo o altre gratificazioni. Nelle ore dopo la schiusa, le giovani creature tendono a seguire qualsiasi oggetto che si muova nel loro campo visivo, sia l'oca madre che un'anatra, un uomo, una palla di gomma o una scatola di cartone. Una volta che hanno seguito un particolare oggetto, lo osservano e dopo un po' non seguono nessun altro. Il processo di apprendimento delle caratteristiche dell'oggetto è ciò che definiamo impronta. Dopo aver esaminato e verificato questi risultati, ora abbiamo prove concrete che sia così: il comportamento di attaccamento nell'uomo si sviluppa nello stesso modo (Bowlby, 1969).

In psicologia l'impronta è definita come "ciò che si attua" nell'essere impregnati di un sentimento, di un oggetto di cui si porta l'impronta. L'impronta è un'iscrizione per impressione, per contatto. Il concetto di impronta mostra l'importanza che ricopre la persona che si situa per prima nello spazio del bambino e che soddisfa il suo bisogno di legame, il suo bisogno d'affetto primario. L'impressione è ciò che lascia una traccia e che vive nel soggetto. È una traccia duratura, indelebile, profonda, ricevuta a seguito di un'esperienza precoce.

Così la psiche è impregnata dell'altro (impronta) e «ciò che si sviluppa nell'anima di un bambino

sarà sempre più influenzato dai rapporti che la società ha con lui; iniziano a sorgere i primi indici del sentimento innato di comunità, iniziano a sbocciare i movimenti di tenerezza organicamente condizionati che si spingono così lontano da indurre il bambino a ricercare il rapporto con l'adulto. Si può sempre osservare che il bambino dirige le sue inclinazioni di tenerezza sull'altro e non su se stesso come dice Freud. Questi movimenti sono classificati in maniera differenziata a seconda delle persone alle quali si rivolgono" (Adler, 1927, pp. 41-43).

Il legame primario è una forza di attaccamento, di legame simbiotico del corpo del bambino col corpo della madre e, quindi, del corpo a corpo madre/bambino. «Tutti i legami futuri sono probabilmente segnati da questo primo legame fusionale» (*Ibid*., p. 14). "Il legame con la madre è creato dalle manifestazioni del sentimento di comunione del bambino con la propria madre" (Nadaud, 1992).

Lorenz ha definito il *legame* come «il comportamento che rivela oggettivamente il mutuo attaccamento» **(**Nadaud, 1994, p. 57).

Il legame − osserva Kutek (1997) − «è più di un semplice contatto. È ciò che unisce insieme due persone: unifica l'individuo. È una forza d'attaccamento. Il legame ha a che fare con l'amore» (p. 13). La madre è responsabile dello sviluppo affettivo del bambino da cui dipende in parte lo sviluppo successivo della personalità. La forza di questo bisogno d'attaccamento spinge il bambino a chiamare sua madre, ad aggrapparsi a lei se sembra lontana, indifferente. Il legame si svilupperà, si intensificherà, diventerà potente nell'ambito dei primi contatti se la madre attraverso la sua continua attenzione, per la qualità delle sue risposte, nel prendersi cura, apre il bambino alla relazione. La posizione empatica della madre che riconosce i bisogni del suo bambino permette di tessere il legame.

I primi contatti madre-bambino sono fondamentali e la qualità del legame con la madre lenisce l'angoscia del nuovo nato. Ogni situazione − dice Adler − rappresenta un'occasione per alimentare questo legame: l'abbraccio, il contatto pelle a pelle, l'odore della pelle della madre, il toccare il corpo del bambino, la consapevolezza sensoriale, lo sguardo, il sorriso, i suoni e la modulazione della voce.

«La straordinaria importanza della madre emerge chiaramente. Ella si trova sulla soglia dello sviluppo del sentimento sociale. L'eredità biologica del sentimento sociale umano è affidata alle sue cure. Nei suoi gesti anche futili, durante il bagno, in tutto ciò che fa per il bambino e in tutto ciò che il bambino indifeso esige, ella può rafforzare o ostacolare il contatto. Il suo rapporto con il bambino, la comprensione e la sua abilità sono strumenti determinanti» (Adler, 1933, p. 150).

Questo legame sostiene il bambino nella costruzione della sua psiche, procurando in primo luogo la *sicurezza*. Il bisogno innato di legami è conforme alla neotenia infantile. Il bambino nato prematuro scopre la propria incompletezza che lo rende insicuro. L'ambiente materno garantisce di solito la sicurezza affettiva necessaria per uno sviluppo psico-affettivo armonioso. La madre, per la sua funzione, protegge il bambino da eccitamenti, stimoli e informazioni che egli non può gestire; d'altra parte, i comportamenti materni stabili e prevedibili, la qualità delle cure prodigate, difendono il bambino dalla morte e da esperienze disumanizzanti.

«Il sentimento sociale dà a tutti un sentimento di sicurezza, che rappresenta il principale supporto nella vita**» (**Adler, 1930, p. 57). La base della struttura del Sé si fonda sul senso di continuità, generata da processi compensatori e l'esistenza di questo sentimento nasce dalla cura prodigata al bambino. Il piccolo dell'uomo, a cui è stato attribuito il giusto posto e valore, né troppo né troppo poco, può costruire la sua personalità su basi narcisistiche solide. Se la funzione materna è soddisfacente, il

bambino si svilupperà senza essere troppo disturbato dagli stimoli che vive secondo modalità di attacco. Se la madre funziona come "spazio" sicuro, il bambino può lasciarsi andare nell'esplorazione del mondo, uscire ed entrare da questa zona di sicurezza.

La ripetizione di esperienze soddisfacenti consente al bambino di provare il sentimento di esistere, la possibilità di costruire il suo Sé. Il sentimento di comunità segna la sua appartenenza alla comunità umana, la percezione che l'altro ha una funzione soggettivante: «Io so che esisto perché c'è un altro».

Essere legati significa riconoscere l'altro ed esserne riconosciuti. Il bisogno di legame prefigura l'altro e permette la differenziazione Sé/non Sé, il processo d'individuazione procede da questa differenziazione. Il Sé si costruisce e si differenzia a partire dal sentimento d'incompletezza e attraverso l'identificazione con un'istanza superiore fittizia, l'identificazione nasce per soddisfare un sentimento di appartenenza. «C'è un'immanenza reciproca tra se stesso e l'altro, tra l'individuo e la comunità: percepire l'altro implica essere percepito, così come il fondamento dell'essere si trova anche nell'altro; l'altro dà la possibilità di cogliere il suo essere» (Mormin, A.-M., 2004, p. 10).

La relazione del bambino con il corpo della madre cristallizza le modalità della vita relazionale. Il corpo è una dimensione simbolica che costituisce la prima rappresentazione del mondo esterno, il corpo materno contiene, per il bambino, un considerevole numero di oggetti, diventando un'immagine condensata del mondo. Anche il legame madre/bambino rappresenta metaforicamente il legame tra individuo e comunità, soggetto/cosmo.

La costruzione di rapporti allargati ad altri componenti della famiglia e poi al mondo esterno è "condizionata" in parte dalle modalità di codesta relazione primaria.

V. Il sentimento di comunità: impronta di alterità

«La psicologia adleriana deve considerare lo sviluppo della personalità nell'ambito del movimento storico in una genesi sia individuale e sia sociale» (Mormin, G., 2003, p. 14). *L'impronta del sentimento di comunità è la traccia che esiste in ognuno degli appartenenti alla comunità umana, questa impronta è la premessa dell'identità. Il sentimento di comunità è anteriore a tutte le rappresentazioni. Il sentimento di comunità è il valore essenziale che struttura il soggetto, valore di base dell'identità di ciascuno di noi.*

Il soggetto si trova al crocevia dell'ontogenesi, della filogenesi e dell'etica che ancorano l'individuo alla comunità umana e lo inseriscono in una finalità individuale e collettiva. Noi facciamo parte del mondo e non ne facciamo parte da soli, questo è un movimento rivolto verso la la comprensione dell'altro. Io sono, noi siamo è un movimento di integrazione comune. Questo è uno degli aspetti fondamentali del sentimento comunitario che non è semplicemente movimento verso l'altro, ma movimento "insieme" (Pelicier, 1991).

Il soggetto è contemporaneamente soggetto e oggetto della sua vitalità e contribuisce filogeneticamente alla perpetuazione della specie e in lui si inscrive la storia della specie. Il sentimento di comunità trae origine dalla notte dei tempi, quando all'uomo mancavano le capacità e le difese naturali per la sopravvivenza, contrariamente agli animali che sviluppano, a seconda delle specie, velocità, potenza o altri vantaggi tali da assicurare a se stessi protezione. L'uomo privo di organi di difesa ha legato la propria sopravvivenza al gruppo; così ha sviluppato il suo organo psichico

che sostituisce ciò che manca a livello organico: «L'organo psichico ha la capacità di introdurre adattamento e sicurezza» (Adler, 1927, p. 30).

Dunque è a partire dalla propria inferiorità che l'uomo ha iniziato a raggrupparsi, creando così le condizioni più favorevoli alla propria sopravvivenza: «la tendenza ad adattarsi alle condizioni dell'ambiente costituisce biologicamente sentimento sociale» (Mormin, G., 2003).

Così il sentimento di appartenenza è il fondamento di tutta l'umanità, senza il quale la specie umana non sarebbe sopravvissuta. Gli uomini sono stati costretti a rispondere alle esigenze del mondo esterno per adattarsi e sopravvivere; il *sentimento di comunità* rappresenta la sollecitazione del mondo esterno, perché in natura l'uomo, insufficientemente dotato di protezione, non sarebbe sopravvissuto, per cui ha dovuto raggrupparsi, lavorare e costruire i legami necessari alla sua protezione, alla sua sopravvivenza e a tutto ciò che si riferisce al concetto di cultura.

Le esigenze che hanno portato alla vita di comunità hanno formato l'organo psichico (organo di previsione) e questi requisiti sono presentati e mantenuti «per un principio di comunità di valore universale» (Adler, 1927, p. 46).

Tutto ciò che ha un valore universale lega gli individui (lingua, giustizia, logica, etica, estetica etc). La comunità con le sue esigenze influenza le norme e le forme della nostra esistenza, lo sviluppo del nostro organo pensante. Le regole sociali costituiscono il soggetto umano. Ciò che caratterizza il soggetto umano è la coscienza che si definisce per il semplice fatto di essere in relazione (Sperber, 1972).

Il *sentimento di comunità* (*Gemeinschaftsgefühl)*, che fa del piccolo dell'uomo un animale relazionale, permette la differenziazione Sè/Non Sé: il bisogno di relazione implica l'altro. Il processo di individuazione si sviluppa da una possibile differenziazione Sé/non Sé. Per gioco dialettico delle appercezioni tendenziose s'intende la differenza tra interiorità ed esteriorità; le impressioni, percezioni, stimolazioni devono essere gerarchizzate, classificate, alcune scartate, strutturando così lo schema appercettivo che serve per uscire dalla confusione arcaica madre/bambino e per generare immagini esteriori.

La forma d'interiorità dello schema appercettivo rappresenta la possibilità di essere condizionati da se stessi, l'esteriorità rappresentata dallo spazio cosmico definisce la possibilità di essere condizionati da altro, da un oggetto esterno. Queste due dimensioni, secondo il Sentimento di Comunità, interagiscono tra di loro. Il rapporto tra queste due forme interiorità/esteriorità è la circolarità che consente una modalità di congiunzione al Sé e alla meta fittizia. Lo schema appercettivo si inserisce in un gioco dialettico:

- accompagnare il Sé verso l'ideale di personalità;
- sostenere l'illusione esistenziale della meta fittizia.

Il Sé si costruisce e si differenzia a partire dal sentimento di incompletezza e attraverso l'identificazione con un'istanza superiore fittizia. La costruzione dell'ideale di personalità avviene attraverso l'identificazione con una meta fittizia (che è un simbolo). L'identificazione scaturisce dal bisogno di soddisfare il sentimento di appartenenza. La comunità rappresenta l'altro da me come è percepito da me. Questo processo si manifesta attraverso la sintesi operata dal *sentimento di comunità* (*Gemeinschaftsgefühl) e dalla società* (*Gesellschaft*), perchè è il sentimento di comunità che conferisce al soggetto la sua identità: processo identificatorio conscio e inconscio, che definisce

il sentimento di appartenenza dove l'acquisito si basa sull'innato (Mormin, G., 1999, 2003).

Il *sentimento comunitario* dà avvio allo stile di vita e dona senso alla vita, potenzialità umana che dà a ciascun essere umano l'impulso necessario per superare la propria condizione umana, di piccolezza, di inferiorità (Adler, 1908, 1927, 1930, 1933).

Lo stile di vita si forma in relazione alle prime esperienze del bambino, ai suoi compiti, ai suoi errori, alle immagini e alle rappresentazioni, a tutti i movimenti per i quali egli tenta di raggiungere la sua meta. Questo è ciò che consente all'uomo di lasciare la sua impronta nel cosmo (tracce del suo passaggio). Lo stile di vita individuale è il luogo di questo dramma inconscio che tiene conto del sentimento sociale, in quanto essenza indistruttibile dalla quale trae origine il movimento.

Lo stile di vita è l'elemento che permette di specificare, d'identificare il Sé, che si concretizza in modo unico per ogni individuo consentendogli di muoversi nell'esistenza per perseguire la propria meta: «Specificità della personalità», dice Schaffer. La linea guida, il progetto di vita del soggetto è unitario. In ciascun tratto psichico − dice Adler − c'è l'impronta di un piano di vita (Adler, 1927, 1930).

Pertanto il soggetto, partendo dalla sua concezione del mondo, costruita secondo il suo schema appercettivo, si confronta con le esigenze del mondo.

VI. Dal sentimento di comunità al sentimento cosmico

Per Adler (1930) la forza vitale è generata dal *Sentimento di Comunità*. Questo innato senso di comunione umana è anche un sentimento di solidarietà che va oltre la comunità umana, in quanto lega l'essere umano al mondo e al cosmo: «un'intima connessione con tutta la vita, una connessione cosmica che trascende l'uomo e lo spinge a interessarsi a tutto ciò che rappresenta la vita, a tutto ciò che è movimento, a tutto ciò che non si afferra immediatamente» (p. 30) (alternanza giorno/notte, movimento degli atomi, regno del sole).

In effetti la psiche del bambino, che è intrisa di un innato senso di comunione umana, necessita ancora di un sentimento di solidarietà che vada oltre la comunità umana, che lo leghi al mondo e poi al cosmo. «C'è una connessione intima con tutta la vita» (Adler, 1933, p. 30*).* Così nella ricerca del senso della vita, il terzo assioma della filosofia adleriana ci rimanda a questo legame cosmico: «il principio dell'influenza cosmica: l'individuo non può concepirsi isolato dal cosmo di cui subisce le sue influenze sotto forme diverse. Ma oltre a queste influenze universali, ogni individuo ha il proprio modo di concepire il cosmo. Il sentimento comunitario è un riflesso di questa interdipendenza generale del cosmo che vive in noi, dal quale non possiamo liberarci totalmente e che ci permette di sentire ciò che gli altri sentono. Il sentimento comunitario consiste innanzitutto nell'accettazione spontanea di vivere conformemente alle esigenze naturali della comunità (Ellenberger, 1970).

Il cosmo è il padre dell'uomo. Come si è creato il cosmo? Da dove viene l'uomo? Miti e religioni hanno tentato di dare una risposta, le ipotesi scientifiche sull'origine della vita sottolineano la subordinazione dell'essere umano al suo ambiente e dell'umanità al cosmo. Dall'infinito del cosmo al finito dell'esistenza umana. Ma il sentimento di finitudine dell'uomo offre la possibilità di inscriversi nell'infinito del cosmo, il cosmo dove trae origine la vita e tutte le forme di vita. Ogni elemento in movimento fa parte del cosmo.

VII. Il fallimento del *sentimento sociale*

La discontinuità del legame (separazioni precoci ripetute), un'insufficiente interazione o tutto ciò che induce distorsioni nello sviluppo del bambino provocano problemi che vanno dai disturbi somatici a quelli psicosomatici, all'arresto dello sviluppo cognitivo, ai problemi psicoaffettivi, fino alla depressione anaclitica.

Questi disturbi classificati con il termine generico di carenze precoci hanno origine nel fallimento della relazione oggettuale e del *sentimento sociale*. Essi includono i concetti di frustrazione e di privazione. La privazione influisce sul bisogno (necessità biologica) che può generare danni psichici, la frustrazione influenza le necessità psichiche (insoddisfazione in relazione ad una esigenza libidica).

Attualmente sotto il termine "carenze" sono raggruppati i maltrattamenti associati a quelli fisici, psichici e sessuali. «Le carenze materne provocano delle fasi di reazione alle usurpazioni e queste reazioni interrompono la continuità di essere del bambino» (Winnicott, 1958, p. 289). Le carenze possono essere intese come privazioni sensoriali, negli affetti e nelle inferenze sensoriali. L'assenza dell'*imago* materna può portare alla non integrazione di codesta immagine. La dimensione speculare assente non permette al bambino di costruire dentro se stesso l'alterità, portandolo a sviluppare dei meccanismi compensatori di difesa. La mancanza della madre provoca dei difetti molto arcaici di costruzione del Sé.

Le esperienze che consentono la strutturazione di un Sé in grado di affrontare le frustrazioni proviene dalle esperienze di annientamento, da cui il bambino si riprende ogni volta; queste esperienze sono strutturanti se il bambino trova l'appoggio necessario da parte dell'oggetto primario, nel caso contrario il bambino prova una minaccia di annientamento. «La mancata rispondenza della madre nella fase più precoce non produce altro che l'annientamento del Sé del bambino» (*Ibid.*, p. 29).

La carenza provoca un'interruzione del sentimento di continuità dell'essere, un indebolimento del Sé: il bambino esiste in una catena di continue invasioni e tentativi di recupero. La personalità si costruisce quindi sulla base delle reazioni alle invasioni dell'ambiente. Le carenze lasciano il bambino alle prese con meccanismi di difesa primitivi legati alla minaccia di annientamento.

Il fallimento della funzione materna, la distorsione del legame primario ed originario modificano o impediscono la costruzione psichica del bambino e invalidano la sua capacità di strutturare le relazioni future.

Adler (1930) ha presentato con il concetto "bambino trascurato" gli effetti delle carenze nella costruzione della personalità. Ha postulato effetti simili nei bambini trascurati o iperprotetti (concetto di bambino viziato, 1924). L'inadeguatezza del comportamento materno, il debordamento in una tenerezza esagerata, l'invasione dello spazio soggettivo del bambino «rendono superflue le sue attitudini, i suoi pensieri, le sue azioni e anche il suo linguaggio» (Adler, 1933, pp. 104-105), disturbano il bambino nella costruzione della sua immagine del mondo, nella costruzione del rapporto con l'altro.

Il bambino trascurato che non ha fatto esperienza del legame di attaccamento, che non ha sviluppato il suo sentimento di appartenenza, avrà la tendenza a vivere il mondo come ostile. Il bambino ha un'esperienza precoce della funzione materna che riempe; la sua discontinuità può essere traumatica e le carenze possono essere configurate come trauma psichico.

«L'importanza del legame è reso visibile dal suo opposto: assenza di legame ovvero in francese *a-liénation*. […] Perdere il legame significa perdere la ragione, perdere la testa, perdere ciò che costituisce la nostra specificità umana. È perdere la relazione armoniosa con se stessi e con gli altri significa che non si è più in un rapporto umanizzante» (Kutek, 1997, p. 12).

VIII. Conclusioni

Il *sentimento di comunità* (*Gemeinschaftsgefühl)* ha come precursore ciò che si svilupperà negli esseri umani, come caratteristica specifica, sotto forma di bisogno d'attaccamento, di bisogno di relazione. Il *sentimento sociale*, che è la pietra angolare del funzionamento inconscio della mente, è radicato nel cosmo; il funzionamento inconscio è la memoria vivente dell'appartenenza del soggetto alla comunità umana e l'inscrizione dell'umanità nel cosmo.

Tutti i movimenti, dal cosmo al soggetto e viceversa, costituiscono il tessuto vivente dal quale nasce l'individuo e la comunità. Questo tessuto vivente s'inserisce nella dinamica del *sentimento sociale*. Ogni volta che si diventa individui si diventa umanità. Il *sentimento sociale* è alla base dell'esperienza umana.

(Traduzione dal francese in italiano a cura di Liliana Bo)

GROUP THERAPY: THE GROUP SETTING AS A LABORATORY OF SOCIAL INTEREST AND COURAGE

Pietro Algisi

Abstract

The development and improvement of group intervention techniques have conferred group therapy with the characteristics to be an effective intervention technique for many diseases. The multiplicity of forms is now so evident that it is no longer correct to talk about group therapy, but about group therapies. Therapeutic change is a highly complex process which, in the context of group therapy, has been conceptualized as the result of an intricate interplay of "human experiences", engaging at the same time the cognitive, behavioral, emotional, affective and relational spheres, called "therapeutic factors". In group therapy, the consideration of the patient-therapist relationship is a broader concept that includes the relationship of the patient not only with the group therapist but also with the other group members and with the group as a whole. The therapeutic relationship, in the Adlerian perspective, is primarily an encouraging relationship and also in group therapy, where the dynamics of encouragement are intrinsic to the relationship that patients develop between themselves and with the therapist leading the group, encouragement is a process that leads the patient to discover to possess inner energy and develop the desire to use it in projects oriented towards the useful side of life, in other words towards a healthy personal and social development, which results in living relationships in a harmonious and achieving way.

Keywords

THERAPEUTIC FACTORS, EMPATHY, ENCOURAGEMENT PROCESS, INTERPERSONAL LEARNING

Riassunto

Lo sviluppo e la maturazione delle tecniche d'intervento gruppale hanno conferito alla terapia di gruppo caratteristiche di efficacia nella cura di molte patologie. La molteplicità delle forme di intervento è oggi così evidente che non è corretto parlare di terapia di gruppo, ma di terapie di gruppo. Il cambiamento terapeutico è un processo particolarmente complesso che, nell'ambito della terapia di gruppo, è stato concettualizzato come il risultato di un'intricata interazione di "esperienze umane" coinvolgenti contemporaneamente la sfera cognitiva, comportamentale, emotiva, affettiva e relazionale, definite "fattori terapeutici". Nella terapia di gruppo il corrispettivo della relazione paziente-terapeuta è un concetto più ampio che comprende la relazione del paziente non solo con il terapeuta di gruppo, ma anche con gli altri membri del gruppo e con il gruppo inteso come un tutto. La relazione terapeutica, nell'ottica adleriana, è innanzitutto una relazione incoraggiante e anche nella terapia di gruppo, ove le dinamiche dell'incoraggiamento sono intrinseche alle relazioni che i pazienti sviluppano tra loro e con il terapeuta che conduce il gruppo, l'incoraggiamento è un processo che porta il paziente a scoprire di essere possessore di energia interiore che gli consente di sviluppare il desiderio di elaborare progetti orientati verso il lato utile della vita, ossia verso un sano sviluppo personale e sociale, che si traduce nel vivere rapporti in modo armonico e realizzante.

Parole Chiave

FATTORI TERAPEUTICI, EMPATIA, PROCESSO DI INCORAGGIAMENTO, APPRENDIMENTO INTERPERSONALE

I. Introduction

Since ancient times man has experienced the benefit that comes from speaking and listening in a group environment. Over the centuries, self-help groups and, subsequently, treatment groups were given space and provided answers to the needs of understanding reality and to overcome the fears of individuals.

Humans, throughout their evolutionary history, have always found the group answer to their needs, so it can be argued that human life has never existed outside of the group environment and that we are all always already constitutively and made of our groups (Fasolo, 2000).

In the beginning of the last century, Peter Kropotkin (1901), social philosopher and Russian revolutionary in exile, in his pioneering book "Mutual Aid", a work that kickstarted the subject of self-mutual-help in modern literature. He advanced the argument that the same evolution of the hu-

man species would have been impossible without the ability of men to meet each other, to cooperate, to support each other in the face of common problems or external dangers.

For Kropotkin, solidarity and mutual aid would be the intrinsic forces of human progress, contrary to the then predominant Hobbesian conception of *homo homini lupus*, which supported the thesis of pre-eminent lonely struggle of each against all for survival. In the practice of mutual-help, we can see the practical and safe origin of our ethical conceptions. It was not so much mutual fight, but mutual support which played a crucial role in the ethical progress of man.

This interpretation recalls one of the fundamental elements of the Adlerian thought, the concept of social interest, which is the inherent need in every person to cooperate and to be associated emotionally with their own kind.

In the work "What life should mean for you" Adler (1931) states «the individual human being, is weak and limited, if he remains isolated, it is impossible for him to achieve the goals set. If he lived alone and tried to tackle problems alone, he would perish, and therefore would be unable either to continue his life, or continue to make the life of mankind. He is always tied to other men, and this is due to his weakness, his shortcomings and his limits; therefore, the most important step that he can do for their own welfare and for the welfare of mankind is to be associated. Every answer to life's problems must take into consideration this requirement, must be a response, that is, in the light of the fact that we live in a society, and that if we were alone we would just perish» (p. 25).

There has long been in social psychology, a broad and solid experimental literature that highlighted not only the central role of cooperation (in addition to the one of competition) in the dynamics of interpersonal relationships, but also because, at intra-subjective level, in difficult conditions, in the absence of reference points, by approaching others, opening oneself to others' judgments and offering one's own availability, people are engaged in a highly functional adaptive strategy (Varriale & Salierno, 1997).

In relation to the crucial evolutionary role assigned to the cooperative boost and the adaptive centrality attributed to the ability to act solidarily in the community, in today's society threatened by a growing sense of isolation/loneliness, discouragement, extreme individualism and competition, the group can be considered a tool of present day therapeutic culture that cures, through interactions and interrelationships substantiated in authentic communications strongly centered on an emotional-affective register (Zucca Alessandrelli, 2000).

II. Group therapy or group therapies?

The development and improvement of group intervention techniques have conferred group therapy with the characteristics to be an effective intervention technique for many diseases.

The great success, has allowed not only to deepen the knowledge of the peculiarities of this specific treatment mode but also to highlight the different facets and diversity of application.

Group therapy, born in the forties, has suffered since then a series of adjustments in order to adapt to the evolution of clinical practice.

New clinical syndromes, new locations and new theoretical approaches have arisen and there have been corresponding changes in group therapy.

The multiplicity of forms is now so clear that it is not correct to talk about group therapy, but we should rather talk about group therapies.

It is important to note that different groups must be distinguished, as stated by Guimon J. (2001) in "Psychotherapeutics" conducted by specialists who must have attained the knowledge of a theory, as much on the genesis of the ailments as on the mechanisms involved in their modification, and groups that are mostly related to the so-called "group work". These are groups led by different professionals, not psychotherapists, (largely related to a psycho-social-health profile) with different formations, which pursue informational, social and educational, discussion and guidance objectives and, in the case of self-mutual-help, midway goals between personal growth, support, education and therapy.

Many theoretical-clinical models that inform the various treatment systems are part of group therapy, and you can group them into four main categories according to the therapeutic focus (Flores, 1997).

II. 1. Focused criteria change groups (groups focused on change)

In this model, the focus is centered on the change or elimination of dysfunctional behaviors. Groups are usually short-lived and their application is historically directed towards behaviors of addiction (smoking, food, drugs), towards symptom reduction (shyness, anxiety, pain, divorce-induced discomfort) or toward the reinforcement of behavior (assertiveness, conflict resolution).

Insight and self-knowledge are less significant given that the goal is behavioral change. They are homogeneous groups with a single objective or many objectives, purposes and different functions but targeted to a single goal. This type of group is based on the commonality of shared experiences that produce a specialized container in which a sense of familiarity among members is a particularly strong and special binding force (Campione & Nettuno, 2007).

II. 2. Individually-oriented growth and personal change groups (Groups geared to growth and individual change)

The main objective is to produce the change of behavior of the individual in addition to a reduction of suffering, increased awareness and a greater ability to function creatively. In this case, the therapist does individual therapy group (reference models are Psychodrama, Gestalt Therapy). The group is seen as an aggregate of individuals and the therapist works with a subject at a time, while the rest of the group members take on the role of vicar observers, of alter egos and significant others.

The focus is on the change and, again, insight and self-learning are seen sometimes as change. The individual's awareness of what is being experienced in the "here and now" is emphasized, while the focus is placed on responsibility, freedom and ability to choose. Insight, in absence of an emotional component, is not considered sufficient to obtain a behavioral change. The group is considered a perfect intervention because it provides a good balance between stimulation, support and identification to help the patient develop feelings of fear, shame and isolation that accompany anxiety disorders, depression, self-destructive behavior and addiction (Campione & Nettuno, 2007).

II. 3. Interpersonally oriented groups

They have their roots in *T-groups*. The main objective is to help members of the group to understand the effects that their behavior has on others and, vice versa, the effect that the behavior of others has on them. Feelings and emotional expressions are explored as they play a substantial role of motivation, communication and behavior. In this case too, *insight, self understanding and rational learning,* are not considered sufficient to produce a benefit, especially in the initial phase.

Interactions allow group members to gain valuable information about themselves and to change their behavior, experimenting with new behaviors in the microcosm of the safe group. The new and more efficient behavior experienced in the group can then be exported to the outside world (Campione & Nettuno, 2007).

II. 4. Process-oriented psycodynamic groups

It is identified with *psychodynamic-group psychotherapy* and is based on the assumption that there are intra-psychic or individual dynamics and or interpersonal or system dynamics, and on the concept of "group as a whole". The therapist's task is to integrate these components into a coherent flow, taking into account the large number of variables that affect the type of intervention (on the individual, on the interaction and on the group as a whole) that becomes necessary at a given time. It is a model with a broader view that is closer to integrated models (Campione & Nettuno, 2007).

III. Effectiveness of Group Therapy

Today it is increasingly clear that group intervention, in its various manifestations and theoretical approaches, is becoming one of the main therapeutic resources of the clinical and hospital team for a wide range of possible application strategies and the high number of patients which can be treated effectively, by combining the criterion of effectiveness with that of efficiency.

However, group therapy has long been considered a therapeutic modality of second order with respect to individual therapy (MacKenzie, 1997). Over the years, however, this view has changed in the light of the results obtained from a large number of studies that have compared in the two approaches. The first important review of the effectiveness of psychotherapy, about half of the studies were from literature on groups (Smith et al., 1980). The results of group-treated patients were the same as for those who received individual treatment. A recent review has looked at studies in which patients were randomly distributed in group or individual therapy who used the same theoretical approach (Lambert & Bergin, 1994). A few differences in the results between these two groups were detected, without a significant prevalence of one mode over the other. Similarly, no statistically significant difference between the results of group therapy and those of individual therapy in a number of studies designed according to strict experimental were found (Budman, Demby & Redondo, 1988; Pilkonis et al., 1984; Piper, Debbane & Biennvenu, 1984). The only differences relate to the fact that the results of group treatment seemed to be a bit more satisfactory than those of the individual ap-

proach, because once patients were involved in a group, they tended to interrupt treatment at a lower frequency than patients in individual treatment.

IV. Curative factors of group psychotherapy

The centrality of the relationship between therapist and patient is now widely demonstrated, characterized by trust, warmth, empathic understanding and acceptance, as a specific curative and transformative factor that helps the patient to recover in the sense of perspective and creative rhythm of life lost (Ferrigno, 2009).

In group therapy, the consideration of the patient - therapist relationship is a broader concept that includes the report of the patient not only with the group therapist but also with other group members and with the group as a whole (Yalom, 2005).

The therapist is both observer and observed as he is immersed in the emotional field of the group and takes part in group activity with its affective, ethics and professional capacity.

The peculiarity of group therapy lies in the fact that it is still the group to operate as a change agent. If in individual therapy, the therapist works as the unique and direct agent of designated change, in group therapy it works more indirectly. Indeed, it is the group task to set in motion, thanks to interaction, the different *therapeutic factors*, and it is the task of the therapist to build a group culture (through the transmission of rules that determine the behavioral procedure that will guide group interaction) that is as possibly valid to produce an effective group interaction.

The procedural rules of a group deviate from the rules of typical social relations which are based on sincerity and spontaneity. Group members should feel free to self-improve, to comment on the immediate feelings they experience, to the group, the other members and the therapist. The rules allow therapeutic factors to operate at maximum efficiency.

The therapist, in time, will be able to share with the other group members the task of interpretation but will continue to have the primary responsibility to monitor and maintain a healthy emotional quality of relationships and communicative exchanges which should always be respectful, interested, and motivated by encouraging feelings of solidarity.

The emotional climate of the group must always be oriented to ensure and guarantee listening and self-disclosure, the acceptance of needs, empathy and respect for the various dimensions of awareness and the different grounds of treatment.

The therapist must not only be able to provide a group atmosphere in which members are "protected" from an excessively aggressive attack, shame or an early self-revelation of traumatic material, but he must also, through attentive and timely action, intervene to modulate the anxiety that teamwork brings out, in particular the comparison, and, if necessary, set limits and enforce the contract (Khantzian, 1990).

Since group treatment uses the *thinking function of the group mind* in the restoration of memory, language and interpretation, the role of the conductor is not only to interprete, but it will mostly be the one of *co-thinker*, someone who is able to communicate through transformative thoughts, to develop groupthought (Neri, 1995).

V. Therapeutic factors

Therapeutic change is a highly complex process that takes place through an intricate interplay of human experiences at the same time engaging the cognitive, behavioral, emotional, affective and relational *therapeutic factors*, defined by Yalom (2005).

Therapeutic factors are interdependent and none of them is manifested or works separately. Although the same therapeutic factors operate in all forms of group therapy, their interaction and their importance may vary widely from group to group. In addition, patients in the same group, may benefit from very different groups of therapeutic factors.

No explanatory system, however, is able to include all the elements of a therapy. In its essence the process of therapy is infinitely complex and the number of paths that can be implemented through the experience is infinite.

V. 1. Infusion of hope

Instilling and maintaining hope is crucial for all psychotherapies. Borgna (2007) points out that there is no «psychotherapy if there is no sign of hope» (p. 38). Ferrigno also highlights (2008) that «psychotherapy is for the patient's attempt (perhaps the last chance that is allowed) for the restructuring of the torn base of interindividual communication through a new safe "attachment bond" with the analyst» (p. 9).

Group therapy benefits from a source of hope that is the specific structure of the group. The patients they see or hear about other group members who have improved. Often they come across patients who have had similar problems and dealt with them more effectively. This mechanism derives both from the conductor and from the other group members, and is convenient to maintaining the patient's participation in the group. It has a great influence on healing as it acts as a statement of the real benefits that the patient himself and others from the group treatment. Groups of self-mutual-aid is a key factor.

V. 2. Universality

The therapeutic group, especially during the early stages, benefits from the denial of some sad beliefs about the uniqueness of one's own pain, and most frightening and unacceptable thoughts and fantasies.

Often the sense of oneness is intensified by social isolation and lack of opportunities for intimate relationships, due to interpersonal difficulties. This not only prevents the awareness of similar experiences and feelings experienced by others, but also allows to confide feeling from these validated and accepted.

The denial of these feelings of uniqueness is a major source of relief. After hearing the concerns and intimate secrets of others, despite the complexity of human problems and the particularities of each individual life, group members quickly perceive the similarities with their hardships, and this constitutes a source of relief. Since each therapeutic factor acts interdependently with others, in the

sense of their similarity with others and share their deepest anxieties, patients derive additional benefits from concomitant catharsis and acceptance from others.

V. 3. Information

Both the didactic instruction given by therapists, and the suggestions or direct advice provided by other group members are included under this general indication. Typically, in most therapies, there is an implicit educational process. Patients learn from therapy some information on mental functioning, on the significance of the symptoms, interpersonal and group dynamics and the psychotherapeutic process. Many techniques of group therapy consider this factor so important that the education of patients is explicitly bestowed by the therapist. There is talk of formal education or psycho-education.

In many thematic groups and homogeneous didactic information it is used to provide concepts, change negative thought patterns, to give a structure to the group, to explain the disease process. Often the group has a function of early bond strength, before therapeutic factors become more active. The explanation and clarification, in part, are already themselves real therapeutic agents. The explanation for a phenomenon often represents a step towards the control of the phenomenon.

Unlike the explicit teaching on the part of the therapist, the direct advice dished out by members of the group are without exception in all groups.

Although almost rarely a hint about a specific problem brings directly some benefits to the patient, the suggestion indirectly fulfills a function that is beyond the scope of the board, but is based on the process, which is a demonstration of interest and communicates the desire to take care of the other.

V. 4. Altruism

In therapeutic groups, patients receive something for the very fact of giving and not just as part of the mutual give-receive sequence. Patients will greatly help each other in the treatment process, providing support, tips, insights, assurances or sharing with other members of the group similar problems. Being important to other people is an experience that gives a strong boost of self-esteem.

Another smaller benefit of being inherently altruistic stems from the fact that the therapeutic group provides a new perspective that contrasts the typical egocentricity of those who complain of being meaningless and who are immersed in a morbid introvertedness, taking the form of a desperate effort to be realized.

V. 5. Corrective summary of primary family group

The group summarizes the inside family and offers the space for the internalized roles of father, mother and siblings to resound. Indeed, the group represents a family where there are the authoritarian parent figures, the brother peers, personal revelations, strong emotions, a deep intimacy but also hostile feelings and competitiveness. Once past the initial discomfort, there is no doubt that the various members interact with the therapist and the other members, in ways that remind those under

which they used to interact with parents and siblings. Patterns of interaction are varied and the group provides a much larger number and a variety of these possibilities. It is important that conflicts are not only revived, but that they are relived in a corrective way.

This therapeutic factor is outlined in the use of the analysis of the crystallized role or roles that are again reproposed in the group relationship in order to stimulate the growth and the development of new patterns of interaction.

V. 6. Socialisation techniques

Learning of sociality, ie the development of the essential skills of the social living, is a therapeutic factor that acts in all groups; in some it can be appraised explicitly, for example through *role-playng*, in others learning sociality is more indirect and may be based primarily on other group members' feedback. As a therapy, it is something more than the simple recognition and deliberate modification of social behavior; nevertheless, it is true that these aspects are very useful in the early stages of therapeutic change. As time passes, group members acquire complex social skills (feedback ability, conflicts resolution, experimentation and expression of empathy, control of impulsive judgments, etc) with positive implications for future social interactions.

V. 7. Imitative Behavior

The process of imitation is widespread in groups because some aspects, both of the therapist that of the others members of the group, can be assumed as a model. Sometimes a patient can benefit from observing the treatment of another patient who has similar problems and this phenomenon is known as "replacement therapy or viewer therapy".

An imitative behavior of short-term can contribute to the "thawing" of the individual through the experimentation of new behaviors that, in turn, can activate an adaptive spiral (reinforcement from others, self-esteem enhancement, repetition of the same outside the group setting with benefit). Sometimes you can try on yourself someone else's role and then abandon it because inadequate. This aspect can have a strong therapeutic influence as "finding out who you are not" is a step towards the discovery of "who you are".

V. 8. Interpersonal learning

The interpersonal learning is a large and complex therapeutic factor that, in group therapy, rapresents the equivalent of the therapeutic factors of individual therapy such as the *insight*, the elaboration of the transference, the corrective emotional experience. The characteristic aspects of group therapy also make this factor.

In an extremely schematic way, the mechanism of interpersonal learning is based on the idea that group therapy is widely interpersonal both on the purposes that in the means, and that the psychological symptoms finds their origin and expression in interpersonal disturbed relationships. Gradually, the group becomes a kind of social microcosm in which the patient interacts in the same manner as

he does with other people in his social sphere, where he expresses his maladaptive interpersonal behavior.

The small group then becomes a kind of laboratory in which the meaning and the dynamics of behavior clearly show thanks, also, to the observation of the triggering event and the emotional reactions, expected or real, of the others. The group members become aware of the significant aspects of their interpersonal behavior through feedback, self-observation and the work of reporting with the therapist and with other members of the group (focusing on the here and now and on the process fueled by the typical tensions related to power struggle, to competition, to the fear of intimacy, to assertiveness, anger, envy, greed, etc). The more you are aware of your own responsibility, the more you try to change yourself in the group and then outside.

The task of the therapy is to accompany the patient to the ability to establish relationships rewarding and free from distortion.

V. 9. Cohesion

The broad concept of group cohesion, including the patient's relationship with the therapist, with other members of the group and with the group as a whole, correspond to the therapist-patient relationship of the individual therapy and it is a necessary condition for an effective therapy.

Cohesion is the attraction that the group exerts on its members, that is the condition for which members feel comfortable in the group and belonging to it, they appreciate the group and in turn feel appreciated, accepted and unconditionally supported.

The attraction to the group is a real determinant of the outcome: the quality of the relationships between the members of the group is a primary factor of individual change. Highly cohesive groups, overall have a greater positive outcome than those with a low team spirit.

The more an individual is attracted to the group, the more he pays attention and take seriously any gap between his public and his self-esteem, changing the dissonance and revising those traits and attitudes that have been criticized.

Adherence to the rules of the group (risk-taking, spontaneity, openness, self-disclosure, support, ability to express) ensures greater popularity and helps to address effectively the interpersonal problems outside.

VI. The phenomenology the group

In Adlerian perspective, the psychic space of the group can be considered as the context in which experience the self-affirmative and cooperative dynamics that contribute to structure the personality.

The family constellation is the primitive group from which every human being receives the basic emotional imprint of the personality. Other following groups structure the relational contexts and offer psychic spaces within which the personality may constantly redefine.

The psychotherapy group provides a new relational context where the members can reconsider their attitude in the exchanges with other members of the group and reprocess the emotional resonances evoked while listening to the material the group dynamics bring into being.

The group space is a physical and mental space suitable for mutual support, thinkability and for sharing different therapeutic factors: the cognitive and emotional sharing of suffering, mirroring each other, the activation of unconscious resonances, the mutual identification and the reduction of anxiety and feelings of inferiority.

The group members are the subjects of emotional, affective and representational investments that are different in resonance or dissonance with each other. The elaborative work promotes the development of the *reflective function* that allows both a better comprehension of personal defensive, but maladaptive, attitudes, that a better understanding of those character traits that hinder the creation and maintenance of healthy relationships, favoring, thus, the adcquirence of the capability to recognize, integrate and symbolize their emotions in intrapsychic and interpersonal life (Campione & Nettuno, 2007).

The group experience, however, to be effective from a therapeutic point of view, must include not only a cognitive component but also, and above all, an emotional component.

The group summarizes the internal family and offers the space for the internalized roles of father, mother and siblings to resonate. The group dynamic allows «to live new emotional experiences in the course of the sessions, experiences that influence the internal models, even if the patient does not rationalize the sense of the dynamics and not consciously connects it with his past. It's important the emotional experience that, repeated over time, has the power to build new traces and correct the previous ones, originated in the past history, which were responsible of disturbed attitudes and behaviors» (Mazzoli, 2009, p. 108).

For Gabbard (2000) psychotherapy (individual and group) has specific and measurable effects on the neurobiological substrate of the brain and psychotherapeutic interventions can modify and transform memory and learning.

That is why psychotherapy can assume the function of a *new attachment relationship* capable of restructuring both implicit procedural memory, connected with the attachment, that *declarative or explicit memory*.

Implicit memor is a pre-symbolic transcription of facts or experiences, not callable in memories, occurred early in the pre-verbal phase. It records the sensory and emotional traces of early relational experiences and contains information about how to organize the interpersonal relationships that automatically influence the psychic and behavioural functioning; these recordings are (Mancia, 2004) the core of the unconscious personality that will mark relationships with others. Once stored, relational prototypes can be modified by new interactions with the members of the group (including the therapist) before being internalized by the patient.

For this reason, group members can have emotional, affective and cognitive experiences, in a context in which new "emergent properties" repair as well as compensate for evolutionary deficits and allow to increase different synaptic connections capable of opening new relationships with the environment (Lingiardi, 2005).

During the group sessions emerges some psychological material, both conceptually that experiential and emotionally rich, that feeds the experience of the group.

In the therapeutic group the listening, especially if emotionally oriented, makes dynamic the contact with the inner world.

The wide variety of emotional nuances that develops within a therapeutic group encourages each participant to deal with the equally large variety of constituent elements of his inner world and it represents one of the most specific therapeutic factors (Campione & Nettuno, 2007).

The mutual exploration and reflection and the personal experiences can acquire, through the experience of the other, a shape and a structure that they still do not have in the inner world of the individual (Correale, 1995).

Many personal aspects become legible and recognizable coming out of a sort of possible chaos and *the puzzle* of each session, over time, allows to reconstruct a sensible image that contains, or is permeated, by cognitive and emotional elements.

Listening to others offers the opportunity to reflect on your way of being in the present, to clarify to yourself what effects your actions arouse in the other, to recall traces of memories, to perceive more clearly feelings that were long confused .

The individual therapy provides rarer emotional and cognitive stimuli than the group therapy and it works on many levels of the personality. The group works on the multiplicity and on the relational and offers an emotional and affective field that increases the ability of *mentalizing*. The activation of the mentalization process allows to symbolize, to tie one's ills in the plots of shared thought (Solms, Turnbull, 2004).

The group cohesion, linked to the ability to trust each other and to share personal emotional experiences, allows the participants to symbolize their suffering, to find the images and thoughts to develop the narrations that let the person review the meaning of his own life. A cohesive group can function as a protective cocoon, which can hold off the vacuum and a deep inner sadness, if the patient is willing to take them to other.

The words exchanged in the group represent only a small part of what actually occurs. The levels and types of interaction are various and multifaceted: they include non-verbal gestures and attitudes such as posture, position of the limbs, facial expression, and tone of voice.

Ekman (1993) has shown that people unconsciously tend to imitate emotional facial expressions of others. Studies of Rizzolati and associates (2006) have provided an empirical explanation of it, identifying the role and functions of so-called *mirror neurons*, which are activated not only while performing an action but also while observing the execution of the same action by others.

These neurons are involved in a series of phenomena that underlie the ability to read the mental states of others, especially the intentions, to resonate with the emotions of others, *to experience the experience of others* and to be able to understand the essence of an observed action (or of an action reported to the group implicitly or explicitly).

Exactly because the brain is a system that resonates in observing the others' activities, in the group, through synchronization, it is possible to share the pain or the joy of others, to understand what they feel, think and want and to establish intersubjective contact that permits to understand the other and to feel it inside.

During group sessions, thanks to the continuous listening, the capacity for empathy develops, the perspective and the point of view enrich and broaden, and each member learns to decentralize himself and to overcome ego-centered readings of the different aspects of reality.

It triggers a maturation process in which the choral reflection lets assume a tolerant, introspective and non-judgmental relational mode, and enhances the sense of self of each component.

The therapeutic work favors the passage from the *dialectic of the opposite to the dialectic of the distinct*, allowing to recover the value of diversity that every person carries within the group, where the different is no longer an enemy but a necessary factor for self-understanding. Once accepted the value of the different, you can again search for points of contact (Corbella, 2003).

Listening and interacting emotionally with the other members of the group can contribute to the development of social feeling and realizing that someone feels empathy for us means feeling understood, heard and no longer alone.

The sense of belonging to a cohesive group provides support to a fragile *Self* and the group becomes a kind of *object-Self* that nourishes, protects and allows participants to live an experience of great importance for the construction (or reconstruction) of the sense of *Self* in terms of person who has the right to live and occupy an affective space. This feeling of belonging facilitates the possibility to improve their self-esteem.

It is also true, however, that if on one hand the homogeneous group favors, from the first sessions, a sense of sharing, cohesion and belonging, factors which facilitate the dialogue and the unveiling of itself, on the other hand it can produce an excessive fusion between the group members, a condition that is likely to create an arrest of the following evolutionary steps of separation-individuation (Corbella, 2004).

The therapist can avoided this eventuality by taking an active role in promoting the positive potential of fusion and, simultaneously, blocking those negative, reinforcing and promoting the movement of separation-individuation.

VII. The process of development in therapy group

The therapeutic relationship, in the Adlerian perspective, is primarily an encouraging relationship, a relationship that helps and supports in order to regain confidence and courage and to redesign the existence towards a healthy personal and social development, ie to live relations in a harmonious and achieving way.

Within the *setting*, the Adlerian therapist and the patient (Ferrigno, 1998, 2005, 2008, 2014) co-build the "creative couple" negotiating continuously the relationship in the "here and now". The change in lifestyle, according to the most recent empirical evidence (Gallese, 2005; Kandel, 1998), is closely connected to the "real lived" experience in the form of feelings expressed and actions made by real people, *the therapist* and *the patient*.

In each specific therapeutic relationship, the therapeutic couple is unique and the profile assumed by the dynamics of encouragement is difficult to define; in group therapy, where the actors and the relationships increase «the appearance of the numerous encouraging motions become even more indefinable and complex» (Mazzoli, 2009, p.106).

Each patient, into the group, experiences a multiple and intense encounter with others (including the therapist), and the encouraging dynamics are intrinsic to the relationships that the patients develop with the therapist. Also in group therapy, << the encouragement is a process that leads the patient to

discover to be the owner of inner energy and to develop the desire to use it in usefully oriented life projects» (*Ibid*., p. 111).

Courage involves «a way of perceiving and acting that will not fail both in front of the dangers that this action entails that in front of possible negative consequences. The Brave is able to look at a situation, a task or an event in terms of possible actions or remedial intervention, rather than in terms of potential dangers or threats» (Dinkmeyer & Dreikurs, 1963, p. 46). The basis of the encouragement are not so much the therapist's words as the confidence that the patient is able to find solutions and to deal with obstacles. Encouragement «is based on the real resources and capabilities of the person, ie on the trust in the person for what he is and not for the expectations that we can have on him» (*Ibid*., p. 68). Encouraging means «to develop in the patient the self-assurance of his abilities and of his value» (*Ibid*., pp. 154-155).

The experiences in the world are tests for the courage, the opportunities that measure its effectiveness when facing tasks required.

Certainly the group setting is less protected than individual one and it is also more activating on an emotional level since the members of the group are the symbols of the more articulated world that the patient should be able to cope alone.

The therapeutic factor of universality and the relationship that develops between the members of the group, allow to overcome the feeling of loneliness and isolation «sharing the common fate of having to learn to be more tailored to the demands of life» (Mazzoli, 2009, p. 112). The therapeutic factor "infusion of hope" is present any time you can see another member overcoming a similar problem to yours and it can foster sharings that instill confidence, information on the ways to go trough and foreshadowing of chances of success.

The process of "self-disclosure" allows to confront yourself with your imperfections and it often allows also to overcome the feeling of inferiority with defensive retreat into self-protective fictions. Also the others «commonly are imperfect and it is possible to share your own limits, understanding the futility of negative trade-offs. The less are the aspects that make you feel inferior, the more is the courage» (*Ivi*). The affection that develops between the group members is another dimension connected to the processes of encouragement. The feeling of solidarity and security is closely linked to the cohesion of the group and it derives from the sharing of problems and from the knowledge of each other's experiences. You feel contained and sustained even in times of difficulty and failure.

The affection in the group conveys the sense of trust in each other's potentialities and allows to share the pedagogical function of the error as an opportunity for mutual growth (Algisi, Sanfilippo, 2007).

Last but not least, the role of the therapist. He has certainly a fundamental role in the dynamics of encouragement in terms of knowledge, know-how and, above all, of ability to be in a relationship. Leading the group in continuous and accurate analysis on various aspects of the problems and situations of life implicitly instills the idea that you can find their own way to go.

The quality of authentic and empathetic humanity can make the relationship possible as «encounter between two minds and, above all, between two hearts» (Ferrigno, 2008, p. 89) spreading a sense of contagious positive energy that nourishes the hope, namely the «permanent capacity of the individual to desire and imagine for himself and for the others real possibilities, though difficult,

and keep them constant, to accept the liability of waiting for the appropriate time and to act without hesitation when the moment comes» (Dudek., 2014, pp. 85-86).

VIII. Conclusions

Group intervention is becoming one of the main therapeutic resources of clinical and hospital teams, for the wide range of possible application strategies and the high number of patients that can be treated effectively, by combining the effectiveness criterion with the one of efficiency.

Group therapy, in its various manifestations and theoretical approaches, shows the healing power of relating to others.

The group space is a physical, mental, emotional and relational space suitable not only for encouraging mutual support, but also for facilitating the encounter of each participant with the variety of constituent elements of his inner world and the comprehension of his personal defensive/maladaptive attitudes and character traits that hinder the creation and maintenance of healthy relationships.

The dynamics that you can experiment in the group *setting* contribute, over time, to develop a sense of courage. The group, therefore, become «a laboratory of social interest, space of protected experience where social relations can grow the empathy and solidarity and experiment with new guidelines to act the necessary courage to face the tasks of life» (Mazzoli, 2009, p. 113).

(Traduzione in inglese a cura di Francesca Algisi)

REFERENCES

ADLER, A. (1931). *What life should mean to you*. Boston: Little, Brown, & Co. (Trad. it. *Cosa la vita dovrebbe significare per voi*. Roma: Newton Compton, 1976).

ALGISI, P., & SANFILIPPO, B. (2008). Individuo e società: il potere trasformativo del gruppo nell'auto-mutuo-aiuto. In A. LUCCHINI, F. NAVA & E. MANZATO (Eds.). *Buone pratiche e procedure terapeutiche nella gestione del paziente alcolista. Clinica delle dipendenze e dei comportamenti di abuso/Quaderni*. Milano: Franco Angeli.

BORGNA, E. (2007). *Come in uno specchio oscuramente*. Milano: Feltrinelli.

BUDMAN, S. H,. DEMBY, A., & REDONDO, J. P. (1988). Comparative outcome in time limited individual and group psychotherapy. *International Journal of Group psychotherapy*, *38*, 63-86.

CAMPIONE, G., & NETTUNO, A. (Eds.). (2007). *Il gruppo nelle dipendenze patologiche*. Milano: Franco Angeli.

CORBELLA, S. (2003). *Storie e luoghi del gruppo*. Milano: Cortina.

CORBELLA, S. (2004). Il gruppo omogeneo. La modulazione del noi. In S. CORBELLA, R. GIRELLI & S. MARINELLI (Eds.). *Gruppi omogenei*. Roma: Borla.

CORREALE, A. (1995). Introduzione. In A. CORREALE, C. NERI & S. CONTORNI (Eds.). *Fattori terapeutici nei gruppi e nelle istituzioni*. Roma: Borla.

DINKMEYER, D., & DREIKURS, R. (1963). *Encouraging children to learn: the encouragement process*. Englewood Cliffs: Prentice-Hall. (Trad. it. *Il processo di incoraggiamento*. Firenze: Giunti Barbera, 1974).

DUDEK, K. J. (2014). Speranza e psicoterapia. Aspetti teorici e clinici. *Dialoghi Adleriani, 2,* 83-96.

EKMAN, P. (1993). Facial expression and emotion. *American Psychologist, 48,* 384-392.

FASOLO, F. (2000). L'organizzazione dei gruppi in un dipartimento di salute mentale. In A. COSTANTINI (Ed.). *Psicoterapia a tempo limitato. Basi teoriche ed efficacia clinica*. Milano: McGraw-Hill Libri.

FERRIGNO, G. (1998). Controtransfert fra impotenza e onnipotenza. *Atti del 7° Congresso Nazionale SIPI «Il complesso d'inferiorità della psicoterapia»*. Torino, 23-24 ottobre 1998.

FERRIGNO, G. (2005). Il "piano di vita", i processi selettivi dello "stile di vita" e la comunicazione intenzionale implicita della "coppia terapeutica creativa": dalla "teoria" alla "clinica". *Rivista di Psicologia Individuale, 58,* 59-97.

FERRIGNO, G. (2008). La relazione empatica adleriana e la ricomposizione dell'interindividualità. *Rivista di Psicologia Individuale, 63,* 3-13.

FERRIGNO, G., (2009). La risonanza emozionale e il "ritmo" dell'incoraggiamento. *Rivista di Psicologia Individuale, 66,* 81-91.

FERRIGNO, G. (2014). Eulogy of "Childishness". Something more than interpretation: the "Creative Couple". *Newsletter Centro de Estudios Adlerianos*, *12,* 19-24.

FLORES, P. (1997). *Group psychotherapy with addicted populations*. New York: The Haworth Press.

GABBARD, G. O. (2000). *Psychodynamic psychiatry in clinical practice*. Washington: American Psychiatric Press. (Trad. it. *Psichiatria psicodinamica*. Milano: Cortina, 2002).

GALLESE, V. (2005). Embodied simulation: from neurons to phenomenal experiences. *Phenomenology and the Cognitive Sciences, 4,* 23-48.

GUIMON, J. (2001). *Introduction aux thérapies de groupe*. Paris: Masson. (Trad. it. *Introduzione alle terapie di gruppo*. Roma: Borla, 2002).

KANDEL, E. R. (1998). A new intellectual framework for psychiatry. *American Journal of Psychiatry, 55*, 457-469.

KHANTZIAN, E. J. (1990). *Addictions and the vulnerable self*. New York: Guildford.

KROPOTKIN, P. (1901). *Mutual Aid*. Boston: Extending Horizons Books (Ristampa 1914).

LAMBERT, M., & BERGIN. A. (1994). The effectiveness of psychotherapy. In A. BERGIN, & S. L. GARFIELD (Eds.). *Handbook of psychotherapy and behaviour change*. New York: 4 ed, 143-189.

LINGIARDI, V. (2005). L'esperienza clinica della mente. *In Psicologia analitica e teoria della mente*. Milano: La biblioteca di Vivarium.

MACKENZIE, K. R. (1997). *Psicoterapia breve di gruppo*. Trento: Erickson. 2002.

MANCIA, M. (2004). *Sentire le parole. Archivi sonori della memoria implicita e musicalità del transfert*. Torino: Bollati Boringhieri.

MAZZOLI, G. (2009). L'incoraggiamento nella socio analisi di gruppo. *Rivista di Psicologia Individuale, 66,* 105-114.

NERI, C. (1995). *Gruppo*. Roma: Borla.
PILKONIS, P., IMBER, S., & LEWIS, P. (1984). A comparative outcome study of individual, group, and conjoint psychotherapy. *Archives of General Psychiatry*, *41*, 41- 437.
PIPER, W., DEBBANE, E., & BIENNVENU, J. (1984). A comparative study of four forms of psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 52*, 268-279.
RIZZOLATTI, G., & SINIGALLIA, C. (2006). *So quel che fai. Il cervello che agisce e i neuroni a specchio*. Milano: Cortina
SMITH. M., GLASS. G. V., & MILLER, T. (1980). *The benefits of psychotherapy*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press.
SOLMS, M., & TURNBULL, O. (2004). *Il cervello e il mondo interno*. Milano: Cortina.
VARRIALE, C., & SALIERNO, F. (1997). Un naturale terreno di sviluppo del modello Adleriano. *Il Sagittario. Istituto di Psicologia Individuale, Torino, 1,* 67-84.
YALOM, I. D. (2005). *The Theory and Practice of Group Psychotherapy*. (Trad. it. *Teoria e Prassi della Psicoterapia di Gruppo*. Torino: Bollati Boringhieri, 2009).
ZUCCA ALESSANDRELLI, C. (2000). Le nuove vie della psicoterapia di gruppo. *Psichiatria Oggi,* XIII, 1.

TERAPIA DI GRUPPO: IL SETTING GRUPPALE COME LABORATORIO DEL SENTIMENTO SOCIALE E DEL CORAGGIO

Pietro Algisi

I. Introduzione

Fin dall'antichità l'uomo ha sperimentato il beneficio che gli deriva dal parlare e ascoltare all'interno di un gruppo. Nel corso dei secoli i gruppi di auto-aiuto e, successivamente, i gruppi terapeutici hanno dato spazio e fornito risposte ai bisogni di comprensione della realtà e al superamento delle paure degli individui.

Gli esseri umani, nel corso della loro storia evolutiva, hanno trovato da sempre nel gruppo risposta ai propri bisogni tanto da poter sostenere che la vita umana non è mai esistita al di fuori del gruppo e che *tutti siamo già sempre e costitutivamente fatti dei nostri gruppi* (Fasolo, 2000).

All'inizio del secolo scorso Peter Kropotkin (1901), filosofo sociale e rivoluzionario russo in esilio, nel suo libro pionieristico "Mutual Aid", opera che ha dato il via a tutta la moderna letteratura scientifica in tema di auto-mutuo-aiuto, avanzò la tesi secondo cui la stessa evoluzione della specie umana sarebbe stata impossibile senza l'attitudine degli uomini a riunirsi tra di loro, di cooperare e di sostenersi reciprocamente di fronte ai problemi comuni o ai pericoli esterni.

Per Kropotkin la solidarietà e l'aiuto reciproco sarebbero state le forze intrinseche del progresso umano, contrariamente alla concezione hobbesiana dell'*homo homini lupus* allora in voga, che riteneva preminente la lotta solitaria di ciascuno contro tutti per la sopravvivenza. Nella pratica del mutuo-aiuto si può scorgere la concreta e sicura origine delle nostre concezioni etiche. Nel progresso etico dell'uomo ha avuto un ruolo cruciale non tanto la reciproca lotta bensì il sostegno mutuale.

Questa interpretazione richiama uno dei costrutti principali del pensiero adleriano, ossia il concetto di *sentimento sociale*, inteso come il bisogno insito in ogni uomo di cooperare e di compartecipare emotivamente con i propri simili.

Nell'opera "Che cosa la vita dovrebbe significare per voi" Adler (1931) afferma che «il singolo essere umano, è debole e limitato e, se rimane *isolato*, è per lui impossibile perseguire gli scopi che si prefigge. Se vivesse da solo e cercasse di affrontare da solo i problemi, perirebbe, e quindi non sarebbe in grado né di continuare la propria vita né di fare continuare la vita del genere umano. Egli è sempre legato agli altri uomini e ciò è dovuto alla sua debolezza, alle sue insufficienze e ai suoi limiti; pertanto il passo più importante che egli può fare per il proprio benessere e per il benessere del genere umano è quello di associarsi. Ogni risposta ai problemi della vita deve tener conto di questo vincolo, deve essere una risposta data, cioè, alla luce del fatto che noi viviamo in una società, e che se fossimo soli periremmo» (p. 25).

Esiste ormai da tempo anche in psicologia sociale una vasta e solida letteratura sperimentale che ha evidenziato non solo il ruolo centrale della cooperazione (oltre a quello della competizione) nella dinamica delle relazioni interpersonali, ma anche l'importanza del porre in essere una strategia adattativa altamente funzionale, a livello intra-soggettivo, in condizioni difficili, in assenza di punti

di riferimento, che consente di avvicinarsi agli altri, di aprirsi al loro giudizio e di offrire la propria disponibilità (Varriale & Salierno, 1997).

In relazione al ruolo evolutivo cruciale assegnato alla spinta cooperativa e alla centralità adattativa attribuita alla capacità di agire solidaristicamente nella comunità, nell'attuale società minacciata da un crescente isolamento/senso di solitudine, dallo scoraggiamento, dall'individualismo e dalla competizione esasperate, il gruppo può essere considerato uno strumento della cultura terapeutica attuale che cura attraverso le interazioni e le interrelazioni che si sostanziano in comunicazioni autentiche fortemente centrate sul registro emotivo-affettivo (Zucca Alessandrelli, 2000).

II. Terapia o terapie di gruppo?

Lo sviluppo e la maturazione delle tecniche d'intervento gruppale hanno conferito alla terapia di gruppo caratteristiche di efficacia nella cura di molte patologie.

Il grande successo riscontrato ha permesso non solo di approfondire la conoscenza delle peculiarità di questa particolare modalità trattamentale ma anche di evidenziare le diverse sfaccettature e l'eterogeneità applicativa.

La terapia di gruppo, nata negli anni quaranta, ha subito da allora una serie di adattamenti per potersi adeguare all'evoluzione della pratica clinica. Sono sorte nuove sindromi cliniche, nuove collocazioni e nuovi orientamenti teorici e vi sono state corrispondenti variazioni nella terapia di gruppo. La molteplicità delle forme è oggi così evidente che non è corretto parlare di "terapia di gruppo", ma di "terapie di gruppo".

È importante sottolineare che i differenti gruppi vanno distinti, come afferma Guimon (2001), in "gruppi psicoterapeutici", condotti cioè da specialisti che devono aver acquisito la conoscenza di una teoria, tanto sulla genesi dei disturbi che sui meccanismi implicati nella loro modificazione, e "gruppi" che sono per lo più riconducibili al cosiddetto "lavoro gruppale", ossia gruppi condotti da differenti figure professionali, non psicoterapeuti (riconducibili sostanzialmente al profilo psico-socio-sanitario) con formazioni diverse, che perseguono obiettivi di tipo informativo, socio-educativo che prevedono discussione ed orientamento e, nel caso dell'auto-mutuo-aiuto, obiettivi a metà strada tra la crescita personale, il sostegno, l'educazione e la terapia.

Nell'ambito della terapia di gruppo sono molti i modelli teorico-clinici che informano i vari sistemi di trattamento ed è possibile raggrupparli in quattro grandi categorie in funzione del *focus* terapeutico (Flores, 1997).

II. 1. Focused criteria change groups (Gruppi centrati sul cambiamento)

In questo modello, il *focus* è centrato sul "cambiamento" o sull'"eliminazione dei comportamenti disfunzionali". Sono solitamente gruppi di breve durata, la cui applicazione è storicamente diretta verso i comportamenti di *addiction* (fumo, cibo, droghe), verso la riduzione del sintomo (timidezza, angoscia, dolore, disagi da divorzio) o verso il rinforzo del comportamento (assertività, risoluzione dei conflitti).

Insight e *conoscenza di sé* sono meno significativi visto che l'obiettivo è il cambiamento del comportamento. Sono *gruppi omogenei*, con un obiettivo unico o con obiettivi, scopi e funzioni di-

versi, ma mirati ad un unico scopo. Questo tipo di gruppo si basa sulla comunanza dell'esperienza condivisa che produce un contenitore specializzato in cui il senso di familiarità tra i membri costituisce una forza legante particolarmente forte e speciale (Campione & Nettuno, 2007).

II. 2. Individually oriented growth and personal change groups (Gruppi orientati alla crescita e al cambiamento individuale)

L'obiettivo principale dei gruppi è di produrre il cambiamento del comportamento dell'individuo accanto ad una riduzione della sofferenza, all'aumento della consapevolezza e a una maggiore capacità di funzionamento creativo. In questo caso il terapeuta fa terapia individuale nel gruppo (modelli di riferimento sono lo Psicodramma, la *Gestalt Therapy*). Il gruppo è visto come un aggregato di individui e il terapeuta lavora con un soggetto alla volta, mentre il resto dei membri del gruppo assumono il ruolo vicario di osservatori, di *alter Ego* e *altri significativi*.

Il *focus* è posto sul cambiamento e *insight* e *autoapprendimento* sono visti talvolta come cambiamento. Viene enfatizzata la consapevolezza dell'individuo su ciò che sta esperendo nel "qui ed ora", mentre il *focus* è messo sulla responsabilità, libertà e capacità di scelta. L'*insight*, in assenza della componente emozionale, non è ritenuto sufficiente per operare un cambiamento comportamentale. Il gruppo è considerato un intervento ideale perché fornisce un buon equilibrio tra stimolazione, supporto e identificazione per aiutare il paziente ad elaborare sentimenti di paura, vergogna ed isolamento che sempre accompagnano i disturbi di ansia, depressione, comportamenti autodistruttivi e dipendenza (Campione & Nettuno, 2007).

II. 3. Interpersonally oriented groups (Gruppi ad orientamento interpersonale)

"Interpersonally oriented groups" hanno le loro radici nei *T-groups*. L'obiettivo principale è quello di aiutare i membri del gruppo a comprendere gli effetti che il loro comportamento ha sugli altri e, viceversa, l'effetto che il comportamento degli altri ha su di loro. I sentimenti e le espressioni emotive sono esplorate in quanto giocano un ruolo sostanziale su motivazioni, comunicazioni e comportamento. Anche in questo caso *insight*, *self understanding* e *apprendimento razionale* non sono ritenuti sufficienti a produrre un beneficio, soprattutto nella fase iniziale.

Le interazioni permettono ai membri del gruppo di acquisire informazioni preziose su di sé e di cambiare il proprio comportamento, sperimentando nuovi comportamenti nel microcosmo sicuro del gruppo. Il comportamento nuovo e più efficiente sperimentato nel gruppo potrà poi essere esportato nel mondo esterno (Campione & Nettuno, 2007).

II. 4. Process-oriented psychodynamic groups (Gruppi psicodinamici ad orientamento processuale)

I "Process-oriented psycodynamic groups" s'identificano con la *psicoterapia di gruppo psicodinamica* e si basano sull'assunto che ci sono dinamiche intrapsichiche o individuali e dinamiche interpersonali o di sistema e sul concetto di "gruppo come un tutto". Il compito del terapeuta è quello

di integrare tali componenti in un flusso coerente, tenendo conto della grande quantità di variabili che influenzano il tipo d'intervento (sul singolo, sull'interazione e sul gruppo nel suo insieme) che si rende necessario in un determinato momento. È un modello con una visione più ampia che si avvicina maggiormente ai modelli integrati (Campione & Nettuno, 2007).

III. Efficacia della terapia di gruppo

Oggi è sempre più evidente come l'intervento di gruppo, nelle sue diverse declinazioni e approcci teorici, stia diventando una delle principali risorse terapeutiche delle é*quipes* ambulatoriali ed ospedaliere per l'ampia gamma di possibili strategie applicative e per l'elevato numero di pazienti che è possibile trattare efficacemente, coniugando il criterio dell'efficacia con quello dell'efficienza.

Tuttavia la terapia di gruppo è stata per molto tempo considerata una modalità terapeutica di second'ordine rispetto alla terapia individuale (MacKenzie, 1997). Negli anni, però, questa considerazione si è modificata sulla scorta dei risultati scaturiti da un ampio numero di ricerche che hanno confrontato i due approcci. Nella prima importante rassegna sull'efficacia dalla psicoterapia, circa metà degli studi esaminati provenivano dalla letteratura sui gruppi (Smith et al., 1980). I risultati per i pazienti trattati nei gruppi erano gli stessi di quelli che ricevevano un trattamento individuale. Una rassegna recente ha preso in esame degli studi in cui i pazienti erano distribuiti in maniera casuale a terapie di gruppo o individuali che utilizzavano lo stesso approccio teorico (Lambert & Bergin, 1994). Sono state rilevate poche differenze nei risultati tra questi due gruppi, senza una prevalenza significativa di una modalità sull'altra. Allo stesso modo, non è stata trovata nessuna differenza statisticamente significativa tra i risultati della terapia di gruppo e quelli della terapia individuale in numerosi studi progettati seguendo rigorosi criteri sperimentali (Budman, Demby & Redondo, 1988; Pilkonis et al., 1984; Piper, Debbane & Biennvenu, 1984). Le uniche differenze riscontrate riguardano il fatto che i risultati del trattamento di gruppo sembrano essere un po' più soddisfacenti di quelli dell'approccio individuale, perché, una volta che i pazienti erano coinvolti in un gruppo, tendevano ad interrompere il trattamento con una frequenza minore rispetto ai pazienti in trattamento individuale.

IV. I fattori curativi della psicoterapia di gruppo

È ormai ampiamente dimostrata la centralità della relazione tra terapeuta e paziente, caratterizzata da fiducia, calore, comprensione empatica ed accettazione, come specifico fattore curativo e trasformativo che aiuta il paziente a recuperare in senso prospettico e creativo il *ritmo smarrito* della vita (Ferrigno, 2009).

Nella terapia di gruppo il corrispettivo della relazione paziente-terapeuta è un concetto più ampio che comprende la relazione del paziente non solo con il terapeuta di gruppo ma anche con gli altri membri del gruppo e con il gruppo come un tutto (Yalom, 2005).

Il terapeuta è al tempo stesso osservatore ed osservato in quanto è immerso nel campo emotivo del gruppo e partecipa alle vicende del gruppo con la sua capacità affettiva, etica e professionale. La peculiarità della terapia di gruppo risiede nel fatto che è comunque il gruppo ad operare come

agente di cambiamento. Se nella terapia individuale il terapeuta funziona come unico e diretto agente di cambiamento designato, nella terapia di gruppo agisce in modo più indiretto: infatti se è compito del gruppo mettere in moto, grazie all'interazione, i diversi *fattori terapeutici*, è compito del terapeuta costruire una cultura di gruppo (attraverso la trasmissione di norme che determinano la procedura comportamentale che guideranno l'interazione di gruppo) che sia il più possibile valida per produrre un'efficace interazione di gruppo.

Le norme procedurali di un gruppo divergono dalle regole dei rapporti sociali tipici in quanto sulla base di sincerità e spontaneità, i membri del gruppo devono sentirsi liberi di auto-rivelarsi, esprimere commenti sui sentimenti immediati che sperimentano nei confronti del gruppo, degli altri membri e del terapeuta. Le norme permettono ai fattori terapeutici di operare con la massima efficacia.

Il terapeuta, nel tempo, potrà condividere con gli altri membri del gruppo la funzione interpretativa ma continuerà ad aver il compito primario di monitorare e mantenere una sana qualità emotiva delle relazioni e degli scambi comunicativi che dovranno sempre essere rispettosi, interessati, incoraggianti e animati dal sentimento di solidarietà.

Il clima emotivo di gruppo dovrà sempre essere orientato ad assicurare e garantire l'ascolto e la rivelazione di sé, l'accoglimento dei bisogni, l'empatia e il rispetto delle varie quote di consapevolezza e delle diverse motivazioni al trattamento.

Il terapeuta non solo deve riuscire ad assicurare un'atmosfera di gruppo in cui i membri siano "protetti" da un attacco troppo aggressivo, dalla vergogna o da una precoce autorivelazione di materiale traumatico, ma deve anche, attraverso una presenza attenta e tempestiva, intervenire per modulare l'ansia che il lavoro di gruppo fa emergere, in particolare il confronto. Se necessario, egli può porre dei limiti e garantire il rispetto del contratto (Khantzian, 1990).

Poiché il trattamento in gruppo si avvale della *funzione pensante della mente gruppale* nella restaurazione della memoria, del linguaggio e dell'interpretazione, il ruolo del conduttore non sarà solamente quello di interprete, ma soprattutto di *co-pensatore*, persona capace di attivare la comunicazione attraverso pensieri trasformativi e di promuovere lo sviluppo del pensiero di gruppo (Neri, 1995).

V. Fattori terapeutici

Il cambiamento terapeutico è un processo particolarmente complesso che avviene attraverso una intricata interazione di *esperienze umane*, coinvolgenti contemporaneamente la sfera cognitiva, comportamentale, emotiva, affettiva e relazionale, definite da Yalom (2005) *fattori terapeutici*.

I fattori terapeutici sono interdipendenti e nessuno di essi si manifesta o funziona separatamente. Sebbene i medesimi fattori terapeutici operino in ogni forma di gruppo terapeutico, la loro interazione e la loro importanza possono variare ampiamente da gruppo a gruppo. Inoltre, i pazienti appartenenti allo stesso gruppo, possono trarre beneficio da raggruppamenti molto diversi di fattori terapeutici.

Nessun sistema esplicativo è però in grado di includere tutti gli elementi di una terapia. Nel suo nucleo il processo di terapia è infinitamente complesso e il numero di percorsi che si possono attuare attraverso l'esperienza è infinito.

V. 1. Infusione di speranza

Infondere e mantenere la speranza è di rilievo decisivo per tutte le psicoterapie. Borgna (2007) sottolinea che «non c'è psicoterapia se non nel segno della speranza» (p. 38) e come ben evidenzia Ferrigno (2008) «la psicoterapia rappresenta per il paziente il tentativo (forse l'ultima possibilità che si concede) di ricomposizione della base lacerata di comunicazione interindividuale attraverso un nuovo "legame di attaccamento" sicuro con l'analista» (p. 9).

La terapia di gruppo si giova di una fonte di speranza che è specifica della struttura del gruppo. I pazienti vedono o sentono parlare di altri membri del gruppo che nel gruppo sono migliorati. Spesso si imbattono in pazienti che hanno avuto problemi molto simili affrontati in modo più efficace. Questo meccanismo, attivato sia dal conduttore che dagli altri componenti del gruppo, è funzionale al fine di mantenere costante la partecipazione del paziente in gruppo ed ha una grande influenza sulla guarigione, poiché agisce come constatazione dei reali benefici che il paziente stesso ed altri hanno dal trattamento di gruppo. Nei gruppi di auto-mutuo-aiuto l'infusione di speranza rappresenta un fattore fondamentale.

V. 2. Universalità

Il gruppo terapeutico, specialmente nelle prime fasi, agevola la smentita di alcune tristi convinzioni relative all'unicità del proprio dolore, dei propri pensieri e delle proprie fantasie più spaventose e inaccettabili.

Spesso il senso di unicità è intensificato dall'isolamento sociale e dalla mancanza di occasioni di relazioni intime dovute alle difficoltà interpersonali. Ciò impedisce non solo di venire a conoscenza delle esperienze e dei sentimenti analoghi vissuti da altri, ma anche di confidarsi provando l'esperienza di essere validati e accettati.

La smentita di queste sensazioni di unicità è una notevole fonte di sollievo. Dopo aver ascoltato le preoccupazioni e gli intimi segreti altrui, nonostante la complessità dei problemi umani e la particolarità di ogni singola vita, i membri del gruppo percepiscono rapidamente le somiglianze con i propri disagi il che è fonte di sollievo. Poiché ciascun fattore terapeutico agisce in stretta interdipendenza con gli altri, i pazienti traggono ulteriore beneficio dalla concomitante catarsi e dall'accettazione da parte degli altri.

V. 3. Informazione

Sotto questa indicazione generica sono compresi sia l'istruzione didattica impartita dai terapeuti sia i suggerimenti o i consigli diretti offerti da altri membri del gruppo. In genere, nella maggior parte delle terapie, vi è un processo educativo implicito. I pazienti apprendono alcune informazioni sul funzionamento psichico, sul significato dei sintomi, sulle dinamiche interpersonali e di gruppo e sul processo psicoterapeutico. Molte tecniche di terapia di gruppo considerano questo fattore così importante che l'istruzione dei pazienti è esplicitamente elargita dal terapeuta. Si parla d'istruzione formale o psico-educazione.

In molti gruppi tematici e omogenei l'informazione didattica è impiegata per fornire nozioni, modi-

ficare schemi di pensiero negativi, per dare una struttura al gruppo, per spiegare il processo di malattia. Spesso ciò assume nel gruppo una funzione di forza di collegamento iniziale, prima che diventino attivi altri fattori terapeutici. La spiegazione e la chiarificazione, in parte, sono già esse stesse reali agenti terapeutici. La spiegazione di un fenomeno spesso rappresenta il passo verso il controllo del fenomeno.

A differenza dell'istruzione didattica esplicita da parte del terapeuta, i consigli diretti elargiti dai membri del gruppo sono presenti senza eccezioni in tutti i gruppi. Molto raramente un suggerimento relativo a uno specifico problema apporta in modo diretto qualche beneficio al paziente, ma indirettamente adempie ad una funzione che esula dal contenuto del consiglio: esso si fonda sul processo, in quanto è una dimostrazione di interesse e comunica il voler prendersi cura dell'altro.

V. 4. Altruismo

Nei gruppi terapeutici i pazienti ricevono qualcosa per il fatto stesso di dare e non solo come parte della reciproca sequenza dare-ricevere. I pazienti si aiutano enormemente l'un l'altro, offrendo appoggio, suggerimenti, intuizioni, rassicurazioni o condividendo con altri membri del gruppo problemi simili. Scoprire di essere stati importanti per altre persone è una esperienza che dà un forte impulso all'autostima.

Un altro beneficio più sottile inerente all'atto altruistico deriva dal fatto che il gruppo terapeutico fornisce una nuova prospettiva che contrasta l'egocentrismo tipico di coloro che si lamentano di sentirsi privi di significato e che sono immersi in una morbosa chiusura in se stessi che prende la forma di un'introspezione ossessiva o di uno sforzo disperato ai fini della realizzazione.

V. 5. Ricapitolazione correttiva del gruppo primario familiare

Il gruppo ricapitola la famiglia interna e offre lo spazio per far risuonare i modelli interiorizzati del padre, della madre e della fratria. Effettivamente il gruppo rappresenta una famiglia, dove vi sono le figure genitoriali autoritarie, i fratelli coetanei, e dove è possibile sperimentare rivelazioni personali, forti emozioni, profonda intimità ma anche sentimenti ostili e competitivi. Superato il disagio iniziale è indubbio che i vari membri interagiscano con il terapeuta e gli altri membri secondo modalità che ricordino quelli secondo i quali un tempo interagivano con genitori e fratelli. Gli schemi d'interazione sono vari e il gruppo fornisce un numero e un assortimento decisamente più grande di tali possibilità. È importante che i conflitti non solo siano rivissuti, ma soprattutto che siano rivissuti in modo correttivo.

Questo fattore terapeutico si delinea nell'utilizzare l'analisi del ruolo o dei ruoli cristallizzati che si ripropongono nella relazione di gruppo per andare a stimolare la crescita e lo sviluppo di nuovi schemi d'interazione.

V. 6. Tecniche di socializzazione

L'apprendimento della socialità, ossia lo sviluppo delle doti essenziali del viver sociale è un fattore terapeutico che agisce in tutti i gruppi; in alcuni si può valorizzare esplicitamente, per esempio

attraverso il *role-playing*, in altri l'apprendimento della socialità è più indiretto e si può basare soprattutto sul *feedback* degli altri membri del gruppo. Per quanto la terapia sia assolutamente qualcosa di più del semplice riconoscimento e della deliberata modificazione del comportamento sociale, è tuttavia vero che questi aspetti sono molto utili nella fase iniziale del cambiamento terapeutico. Col trascorre del tempo i membri del gruppo acquisiscono abilità sociali complesse (capacità di *feedback*, di risoluzione di conflitti, di sperimentazione ed espressione di empatia, di controllo su giudizi impulsivi etc) con benefici risvolti sulle future interazioni sociali.

V. 7. Comportamento imitativo

Nei gruppi il processo imitativo è diffuso poiché si possono assumere a modello alcuni aspetti sia degli altri membri del gruppo che del terapeuta. A volte un paziente può trarre beneficio dall'osservare la terapia di un altro paziente che ha problemi simili ai suoi, fenomeno noto come *terapia del sostituto* o *dello spettatore.*

Un comportamento imitativo di breve durata può contribuire allo scongelamento individuale mediante la sperimentazione di nuovi comportamenti che, a loro volta, possono innescare una spirale adattativa (rinforzo da parte degli altri, aumento dell'autostima, riproposizione dello stesso al di fuori del *setting* gruppale con beneficio). A volte si possono provare su di sé parti di altri e poi abbandonarle perché mal confacentesi. Anche questo aspetto può aver una forte influenza terapeutica in quanto "scoprire ciò che non si è" costituisce un progresso verso la scoperta di "ciò che si è".

V. 8. L'apprendimento interpersonale

L'apprendimento interpersonale è un fattore terapeutico ampio e complesso che rappresenta, nella terapia di gruppo, l'equivalente dei fattori terapeutici della terapia individuale quali l'*insight*, l'elaborazione del transfert, l'esperienza emotiva correttiva; questo fattore è anche costituito da aspetti caratteristici della terapia di gruppo.

In modo estremamente schematico il meccanismo dell'apprendimento interpersonale si fonda sulla concezione che la terapia di gruppo è ampiamente interpersonale sia nei fini che nei mezzi e che la sintomatologia psicologica trova la sua origine ed espressione nelle relazioni interpersonali disturbate. Gradualmente, il gruppo diventa una sorta di microcosmo sociale nel quale il paziente interagisce con le stesse modalità con cui interagisce con le altre persone presenti nella sua sfera sociale, ove manifesta il proprio comportamento interpersonale disadattivo.

Il piccolo gruppo diviene quindi una sorta di laboratorio nel quale si mostrano con chiarezza il significato e le dinamiche del comportamento grazie anche all'osservazione dell'evento scatenante e le reazioni emotive previste e reali degli altri. I membri del gruppo, attraverso il *feedback*, l'autoosservazione e il lavoro di elaborazione delle relazioni con il terapeuta e con gli altri membri del gruppo (focalizzazione sul qui ed ora e sul processo alimentato da tipiche tensioni legate alla lotta per il potere, alla competizione, alla paura dell'intimità, all'assertività, alla rabbia, all'invidia, all'avidità etc), diventano consapevoli degli aspetti significativi del loro comportamento interpersonale. Tanto più la consapevolezza della propria responsabilità personale sarà reale ed emotivamente cari-

ca, tanto più sarà possibile la sperimentazione di un cambiamento all'interno del gruppo, esportabile poi all'esterno.

Il compito della terapia è quello di accompagnare il paziente verso la capacità d'instaurare relazioni interpersonali gratificanti e libere da distorsioni.

V. 9. Coesione

Il concetto ampio di coesione di gruppo, comprendente la relazione del paziente con il terapeuta, con gli altri membri del gruppo e col gruppo nel suo insieme, rappresenta il corrispettivo della relazione terapeuta-paziente nella terapia individuale ed è una condizione necessaria per un'efficace terapia.

La coesione è l'attrattiva che il gruppo esercita sui propri componenti, ossia è quella condizione per cui i membri percepiscono calore e si sentono a proprio agio nel gruppo, sentono di appartenervi, apprezzano il gruppo e a loro volta si sentono apprezzati, incondizionatamente accettati e sostenuti dagli altri.

L'attrazione verso il gruppo è una reale determinante dell'esito: la qualità delle relazioni intercorrenti tra i membri che compongono il gruppo costituisce un fattore primario del cambiamento individuale. Gruppi altamente coesivi hanno complessivamente un esito positivo maggiore di quelli che presentano un basso spirito di gruppo.

Quanto più un individuo è attratto verso il gruppo, tanto più è portato a prestare attenzione e a prendere sul serio qualunque divario tra la valutazione che gli altri hanno di lui e la propria_autovalutazione, modificando la dissonanza e correggendo quei tratti e quegli atteggiamenti che sono stati criticati.

L'adesione alle norme del gruppo (assunzione di rischio, spontaneità, apertura, auto-svelamento, sostegno, capacità di esprimersi) garantisce una maggior popolarità e aiuta ad affrontare efficacemente i problemi interpersonali all'esterno.

VI. La fenomenologia gruppale

In un'ottica adleriana si può considerare lo spazio psichico del gruppo come il contesto entro cui si sperimentano le dinamiche auto-affermative e cooperative che concorrono a strutturare la personalità.

La costellazione familiare è il gruppo primigenio, matrice da cui ogni essere umano riceve l'impronta emotiva di base della personalità. Altri gruppi successivi articolano i contesti relazionali e offrono gli spazi psichici entro cui la personalità può continuamente rimodularsi.

Il gruppo di psicoterapia offre un nuovo contesto relazionale al cui interno i membri possono riconsiderare il proprio modo di essere negli scambi che avvengono con gli altri membri del gruppo e rielaborare le risonanze emotive che vengono evocate nell'ascolto del materiale che la dinamica del lavoro di gruppo porta in essere.

Lo spazio gruppale è uno spazio fisico e mentale adatto al mutuo sostegno, alla pensabilità e alla messa in circolo di differenti fattori terapeutici: la condivisione cognitiva ed emotiva della propria

sofferenza, il rispecchiamento reciproco, l'attivazione di risonanze inconsce, l'identificazione reciproca e la riduzione dell'ansia e del sentimento di inferiorità.

I membri del gruppo sono oggetto d'investimenti emozionali, affettivi, rappresentazionali diversi in risonanza o dissonanza gli uni con gli altri. Il lavoro elaborativo promuove lo sviluppo della *funzione riflessiva* che permette sia una migliore comprensione degli atteggiamenti personali difensivi, ma disadattativi, sia una migliore conoscenza degli aspetti caratteriali che ostacolano la creazione ed il mantenimento delle relazioni sane, favorendo, così, l'acquisizione della capacità di riconoscere, integrare e simbolizzare le proprie emozioni nella vita intrapsichica e interpersonale (Campione & Nettuno, 2007).

L'esperienza di gruppo, però, per essere efficace dal punto di vista terapeutico, deve contenere non solo una componente cognitiva ma anche e soprattutto una componente emotiva.

Il gruppo ricapitola la famiglia interna e offre lo spazio per far risuonare i modelli interiorizzati del padre, della madre e della fratria. La dinamica di gruppo «permette nuove esperienze emotive vissute nel corso delle sedute, esperienze che influenzano i modelli interni, anche se il paziente non razionalizza il senso della dinamica e non la raccorda consciamente con il proprio passato. È importante il vissuto emotivo che, ripetuto nel tempo, ha il potere di costruire nuove tracce che correggono quelle precedenti, responsabili di atteggiamenti e comportamenti disturbati, originati nella storia passata» (Mazzoli, 2009, p. 108).

Per Gabbard (2000) la psicoterapia (individuale e di gruppo) ha effetti specifici e misurabili sul substrato neurobiologico del cervello e la memoria e l'apprendimento possono venire modificati e trasformati dagli interventi psicoterapeutici.

Per questo motivo la psicoterapia può assumere la funzione di una *nuova relazione di attaccamento* capace di ristrutturare sia la *memoria procedurale implicita* collegata con l'attaccamento sia la *memoria dichiarativa od esplicita*.

La *memoria implicita*, trascrizione pre-simbolica di fatti o esperienze avvenuti precocemente in epoca pre-verbale, non richiamabile in ricordi, registra le tracce sensoriali e emozionali delle precoci esperienze relazionali e contiene informazioni sui modi di organizzare le relazioni intersoggettive che influenzano automaticamente il funzionamento psichico e il comportamento; tali registrazioni costituiscono (Mancia, 2004) il nucleo inconscio della personalità che segnerà le relazioni con gli altri. I prototipi relazionali immagazzinati possono essere modificati da nuove interazioni con i membri del gruppo (terapeuta compreso) per poi essere interiorizzati dal paziente.

Per questo motivo i membri del gruppo possono fare delle esperienze emotive, affettive e cognitive, in un contesto in cui nuove "proprietà emergenti", oltre che riparare il passato o compensare *deficit* evolutivi, permettono d'incrementare differenti connessioni sinaptiche in grado di aprire nuove relazioni con l'ambiente (Lingiardi, 2005).

Nelle sedute di gruppo emerge del materiale psicologico ricco, tanto sotto il profilo concettuale che quello esperienziale ed emotivo, materiale che nutre l'esperienza del gruppo stesso.

Nel gruppo terapeutico l'ascolto, specie se orientato alle dimensioni emozionali, rende dinamico il contatto col mondo interiore. La grande varietà di tinte e sfumature emotive che si sviluppa all'interno di un gruppo terapeutico favorisce l'incontro di ciascun partecipante con la varietà altrettanto grande di elementi costitutivi del proprio mondo interiore e ne rappresenta uno dei fattori terapeutici

più specifici (Campione & Nettuno, 2007).

Attraverso l'esperienza dell'altro, la reciproca esplorazione ed il rispecchiamento, le esperienze personali possono acquisire una forma e una struttura di cui, all'interno del mondo interiore del singolo individuo, non sono ancora dotate (Correale, 1995).

Molti aspetti propri acquistano leggibilità e riconoscibilità, uscendo da una sorta di possibile caoticità e il *puzzle* di ogni seduta, col tempo, permette di ricostruire un'immagine dotata di senso che contiene o è permeata di elementi cognitivi ed emotivi.

Ascoltando gli altri si ha modo di riflettere sul proprio modo di esser nel presente, di chiarire a se stesso quali effetti le proprie azioni suscitano nell'altro, di recuperare dalla memoria traccia dei propri ricordi, di percepire con maggior chiarezza sentimenti rimasti a lungo confusi.

Mentre la terapia individuale offre stimoli affettivi e cognitivi più rarefatti rispetto alla terapia di gruppo e lavora su più livelli della personalità, il gruppo lavora sul molteplice e sul relazionale e offre un campo emotivo e affettivo che incrementa la capacità di *mentalizzazione*. L'attivazione del processo di mentalizzazione consente di simbolizzare, di legare i propri malesseri a trame di pensiero condiviso (Solms & Turnbull, 2004).

La coesione del gruppo, legata alla possibilità di fidarsi reciprocamente e di condividere esperienze emotive personali, permette ai partecipanti di simbolizzare la propria sofferenza, di reperire le immagini e i pensieri intorno ai quali possano prendere forma le narrazioni pregnanti che riesaminano il senso della propria esistenza. Un gruppo coeso può funzionare come un bozzolo protettivo, che può tenere a bada il vuoto e una profonda tristezza interiore, se il paziente è disposto a portarli anche agli altri.

Le parole che si scambiano in gruppo rappresentano soltanto una minima parte di ciò che effettivamente si verifica. I livelli e i tipi di interazione sono molteplici e dalle innumerevoli sfaccettature: essi includono i gesti e gli atteggiamenti non verbali quali la postura, la posizione degli arti, l'espressione facciale, il timbro della voce.

Ekman (1993) ha comprovato che le persone tendono ad imitare inconsciamente le espressioni facciali emotive degli altri. Gli studi di Rizzolatti e collaboratori (2006) ne hanno fornito una spiegazione empirica, individuando il ruolo e le funzioni dei cosiddetti *neuroni specchio*, che si attivano non solo durante l'esecuzione di una azione, ma anche durante l'osservazione dell'esecuzione della stessa azione da parte di altri.

Tali neuroni sono implicati in una serie di fenomeni che sottendono la capacità di leggere gli stati mentali degli altri, soprattutto le intenzioni, di entrare in risonanza con le emozioni, di *fare l'esperienza delle esperienze altrui* e di riuscire a cogliere l'essenza di una azione osservata (o riportata in gruppo in modo implicito od esplicito).

Proprio perché il cervello è un sistema che entra in risonanza nell'osservare l'attività altrui, grazie alla sincronizzazione è possibile in gruppo condividere il dolore o la gioia altrui, capire quel che sente, vuole e pensa l'altro, stabilire un contatto intersoggettivo che permette di comprendere l'altro e sentirlo dentro di sé.

Lungo il percorso di gruppo, grazie al continuo ascolto, non solo si sviluppano le capacità empatiche ma si arricchisce anche il proprio punto di vista e si allarga la propria prospettiva, imparando a decentrarsi e a superare letture ego-centrate dei diversi aspetti della realtà.

Si innesca un processo maturativo in cui il riflettere coralmente permette di assumere una modalità relazionale tollerante ed introspettiva che non giudica e non colpevolizza, ma consente di valorizzare il senso di sé di ogni componente.

Il lavoro terapeutico favorisce il *passaggio dalla dialettica dell'opposto alla dialettica del distinto*, consentendo di recuperare il valore della diversità di cui ogni persona è portatrice all'interno del gruppo, dove il diverso non è più un nemico ma necessario fattore per la comprensione di sé. Una volta accettato il valore del diverso si possono nuovamente ricercare i punti di contatto (Corbella, 2003).

Ascoltare ed interagire emotivamente con gli altri membri del gruppo permettono di contribuire allo sviluppo del sentimento sociale e rendersi conto che qualcuno prova empatia per noi significa sentirsi capiti, ascoltati e non più soli.

Il senso di appartenenza ad un gruppo coeso fornisce un sostegno ad un *Sé* fragile e il gruppo diventa una sorta di *oggetto-Sé* che nutre e protegge e che permette ai partecipanti di vivere un'esperienza di grande importanza per la costruzione (o ricostruzione) del senso di *Sé* inteso nei termini di persona che ha diritto a vivere e ad occupare uno spazio affettivo. Questo sentimento di appartenenza facilita la possibilità di migliorare la propria autostima.

È altresì vero, però, che se da una parte il gruppo omogeneo favorisce sin dalle prime sedute un sentimento di condivisione, coesione e appartenenza, fattori facilitanti il dialogo e il disvelamento di sé, dall'altra può produrre un'eccessiva *fusionalità* tra i membri del gruppo che rischia di creare un blocco per i successivi passaggi evolutivi di separazione-individuazione (Corbella, 2004).

Tale evenienza può essere scongiurata dall'assunzione di un ruolo attivo da parte del terapeuta volto a promuovere le potenzialità positive della *fusionalità* e, contemporaneamente, a bloccare quelle negative, rinforzando e favorendo i movimenti di separazione-individuazione.

VII. Il processo d'incoraggiamento nella terapia di gruppo

La relazione terapeutica, nell'ottica adleriana, è innanzitutto una relazione incoraggiante, una relazione che aiuta, sostiene per permettere di recuperare fiducia e coraggio e per diventare capaci di riprogettare l'esistenza seguendo mete orientate verso un sano sviluppo personale e sociale, ossia di vivere rapporti in modo armonico e realizzante.

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

Ma, se in ogni specifica relazione terapeutica, in virtù dell'unicità della *coppia terapeutica,* è già di per sé difficile definire il profilo assunto dalla dinamica dell'incoraggiamento, nella terapia di gruppo, ove gli attori e le relazioni aumentano, «la fisionomia dei molteplici moti incoraggianti diventa ancor più indefinibile e complessa» (Mazzoli, 2009, p. 106).

Ciascun paziente, in gruppo, sperimenta un incontro multiplo e intenso con gli altri (terapeuta compreso) e le dinamiche dell'incoraggiamento sono intrinseche alle relazioni che i pazienti sviluppano tra loro e con il terapeuta che conduce il gruppo. Anche nella terapia di gruppo «l'incoraggiamento

è un processo che porta il paziente a scoprire di essere possessore di energia interiore e a sviluppare il desiderio di impiegarla in progetti di vita orientati verso il lato utile della vita» (*Ibid*., p. 111).

Il coraggio implica «un modo di percepire e di agire tale da non venire meno di fronte ai pericoli che questa azione comporta o di fronte alle possibili conseguenze negative. Il coraggioso è capace di guardare ad una situazione, ad un compito o ad un avvenimento nei termini di possibili azioni o d'interventi risolutivi, piuttosto che nei termini di potenziali pericoli o minacce» (Dinkmeyer & Dreikurs, 1963, p. 46). Alla base dell'incoraggiamento non sono tanto "importanti" le parole del terapeuta quanto la fiducia che il paziente possa trovare le soluzioni e possa affrontare gli ostacoli. L'incoraggiamento «si fonda sulle risorse e capacità reali della persona, ossia sulla fiducia nella persona per quello che è, e non per le aspettative che possiamo nutrire nei suoi confronti» (*Ibid*., p. 68). Incoraggiare significa «sviluppare nel paziente la sicurezza delle proprie capacità e del proprio valore» (*Ibid*., pp. 154-155). Le esperienze nel mondo sono il test per il coraggio, le occasioni che permettono di misurare la propria efficacia quando si fronteggiano compiti richiesti. Il *setting* gruppale rappresenta certamente un ambiente meno protetto rispetto a quello individuale e più attivante sul piano emotivo in quanto i membri del gruppo sono i simboli del mondo più articolato che il paziente deve essere in grado di fronteggiare da solo.

Il fattore terapeutico dell'universalità e la relazione che si instaura tra i membri del gruppo permettono di superare il sentimento di solitudine ed isolamento «condividendo la comune sorte di dover imparare ad essere più adeguati alle richieste della vita» (Mazzoli, 2009, p. 112). Il fattore terapeutico "infusione di speranza", presente ogni volta che si può constatare il superamento da parte di un altro membro di un problema analogo al proprio, può favorire condivisioni che trasmettono fiducia, indicazioni sulle vie da percorrere e prefigurazione di possibilità di successo.

Il processo di "auto-svelamento" permette di confrontarsi con le proprie imperfezioni e spesso di superare il sentimento d'inferiorità, alimentante una percezione di sé svalorizzante con il ripiegamento difensivo in finzioni auto protettive. Anche gli altri «sono comunemente imperfetti ed è possibile condividere i propri limiti, cogliendo l'inutilità di compensazioni negative. Il ridimensionamento di aspetti ritenuti inferiorizzanti alimenta il coraggio» (*Ivi*). L'affettività che si sviluppa tra i componenti del gruppo è un'altra dimensione connessa ai processi d'incoraggiamento. Il sentimento di solidarietà e di sicurezza, strettamente connesso alla coesione di gruppo e derivante dalla condivisione dei problemi e dalla conoscenza delle reciproche esperienze, dà la sensazione di essere contenuti e sostenuti anche nei momenti di difficoltà ed insuccesso.

L'affettività nel gruppo trasmette il senso di fiducia nelle reciproche potenzialità e permette di condividere la funzione pedagogica dell'errore come occasione di crescita comune (Algisi, Sanfilippo, 2008).

Non ultimo per importanza, il ruolo del terapeuta, declinato sul piano del sapere, del saper fare e, soprattutto, del saper essere in relazione, che ha certamente un ruolo fondamentale nella dinamica dell'incoraggiamento. Condurre il gruppo in continui e puntuali approfondimenti sui diversi aspetti dei problemi e delle situazioni di vita trasmette implicitamente l'idea che è possibile trovare la propria strada da percorrere.

Le qualità di umanità autentica ed empatica rendono possibile la relazione come «incontro tra due menti e, soprattutto tra due cuori» (Ferrigno, 2008, p. 89) trasmettendo un senso di energia posi-

tiva contagiosa che alimenta la speranza, ossia quella «capacità permanente dell'individuo di desiderare e di immaginare per se stesso e per l'altro possibilità reali, anche se difficili, di trattenere dentro di sé questa possibilità immaginata, di accettare la passività dell'attesa del momento opportuno e di agire senza esitazione quando questo momento si presenta» (Dudek, 2014, pp. 85-86).

VIII. Conclusioni

L'intervento di gruppo sta sempre più diventando una delle principali risorse terapeutiche delle équipes ambulatoriali ed ospedaliere per l'ampia gamma di possibili strategie applicative e per l'elevato numero di pazienti che è possibile trattare efficacemente, coniugando il criterio dell'efficacia con quello dell'efficienza.

La terapia di gruppo, nelle sue diverse declinazioni e approcci teorici, evidenzia il potere curativo della relazione con gli altri.

Lo spazio gruppale è uno spazio fisico, mentale, emotivo e relazionale in grado non solo di promuovere il mutuo sostegno, ma anche di favorire l'incontro di ciascun partecipante con la varietà di elementi costitutivi del proprio mondo interiore e la comprensione degli atteggiamenti personali difensivi/disadattativi e degli aspetti caratteriali che ostacolano la creazione ed il mantenimento di sane relazioni.

Le dinamiche sperimentabili nel *setting* gruppale concorrono, nel tempo, a sviluppare il sentimento del coraggio. Il gruppo, quindi, diventa «un laboratorio del sentimento sociale, spazio di esperienza protetta dove le relazioni sociali possono far crescere l'empatia e la solidarietà e sperimentare nuovi orientamenti per agire il coraggio necessario ad affrontare i compiti della vita» (Mazzoli, 2009, p. 113).

Pietro Algisi
Via Sentati, 14
20093 Cologno Monzese (Mi)
E-mail: pietroalgisi@alice.it

TRANSSEXUALITY AND SEXUAL IDENTIFICATION: AN ADLERIAN STUDY THROUGH RORSCHACH TEST

Rossella Ardenti

Abstract

According to the most contemporary, innovative and integrated bio-psycho-social model, which is supported by the *Health World Organisation* and which unfortunately is still not very widespread, human sexuality is the result of five intertwined factors: sexual identity, gender identity, gender role, sexual orientation and sexual behaviour. There may be no correspondence between sexual and gender identity as they may develop in a conflicting or opposite way. According to DSM IV-TR, the persistent preference for the opposite sexual role and gender and the resulting feeling of being born with the wrong sexual identity is called Gender identity disorder. This work aims to point out the psycho-diagnostic findings on four transsexuals through three diagnostic tests: the Rorschach Test, the Bem Sex Role Inventory (BSRI) and the Millon Clinical Multiaxial Inventory-III (MCMI-III).

Keywords

TRANSSEXUALITY, RORSCHACH, GENDER REASSIGNMENT SURGERY, BIO-PSYCHO-SOCIAL MODEL

Riassunto

Secondo il più attuale, innovativo e integrato *modello bio-psico-sociale*, sostenuto dall'*Organizzazione Mondiale della Sanità*, ma ancora scarsamente diffuso, la sessualità umana è la risultante di cinque fattori tra loro strettamente correlati: identità sessuale, identità di genere, ruolo di genere, orientamento sessuale e comportamento sessuale. Tra identità sessuale e di genere può non esserci corrispondenza: esse possono svilupparsi in modo conflittuale o anche opposto. Nel DSM IV-TR, la persistente preferenza per il ruolo e per il genere del sesso opposto e la conseguente sensazione di essere nati con un'identità sessuale sbagliata è definita *Disturbo dell'identità di genere*. Il presente lavoro vuole mettere in rilievo quanto emerso dalle valutazioni psicodiagnostiche svolte su quattro transessuali attraverso tre strumenti diagnostici, il Test di Rorschach, il Bem Sex Role Inventory (BSRI) ed il Millon Clinical Multiaxial Inventory-III (MCMI-III).

Parole chiave

TRANSESSUALITÀ, RORSCHACH, RIASSEGNAZIONE MEDICO-CHIRURGICA DEL SESSO, MODELLO BIO-PSICO-SOCIALE

I. Introduction

Individual sexuality is deeply intertwined with personality, biological profile and the sense of self, it mirrors all life experiences over time. Sexuality is considered a part of lifestyle which pertains to the psychological identity of an individual (Rovera, 1987) and represents the force which shapes human personality in symbolic terms as well as psycho-social identification (Mascetti, Balzani & Maiullari, 1986).

According to the individual-psychological approach, sexuality is experienced as a «dynamic activity which shapes personality with a constant cross-reference between the individual and the social and vice versa, in search of a safe haven, which is the acceptance of one's sexual role. Thus sexuality is to be considered as psycho-social-sexuality and the sexual role as a social mode which is essential to realize what it means to be a man or a woman» (*Ibid*., p. 94).

«The concept of sexual life is very complex: it does not encompass all sexual and love phenomena as if it were a simple displacement of sexual drives. Yet, as well as consisting of sexual drives, it also includes dynamics and nuances which depend on the particular lifestyle of every individual as well as the current environmental and cultural influence. The P.I. suggests that problems due to sexuality should be seen as a particular aspect of social relationships deeply embedded in other needs which shape human life» (Bianconi, 2014, pp. 52-53).

According to the most contemporary, innovative and integrated *bio-psycho-social model* (Becchi & Carulli, 2009; Dogar, 2007; Engel, 1977), supported by the *OMS (Health World Organisation)*, which unfortunately is still not very widespread, human sexuality is the result of five intertwined factors: sexual identity, gender identity, gender role, sexual orientation and sexual behaviour (Fassino, Abbate Daga & Leombruni, 2007), each of them can be precisely defined.

The biological characteristics define *sexual identity* of an individual: chromosomes, internal and external sex organs and secondary sexual nature. «It is well-known that the development of sexual identity starts prior to birth (chromosome, gonad, hormones, genitals, cerebral) and it completes within the first years of life through a complicated path (legal sex, psycho-sexual identity, post-pubertal maturity)» (Rovera, 1987, p. 116). Sexual identity refers to the sense of sexuality of every individual – it is the result of the integration between biological sex, gender identity and it expresses gender role and sexual orientation.

The subjective perception of belonging to male or female sex defines *gender identity*: it develops around two years of age and it affects later behaviour. The behaviour adopted by the individual to show his/her gender defines his/her gender role which can be discordant with *gender identity*.

There may be no correspondence between sexual and gender identity as they may develop in a conflicting or opposite way. In fact, the gender is deeply affected by the context in which it grows as well as by the relationships within the family and social relations. «As Adlerians, we are convinced that beyond biological drives, the force of culture and environment is crucial in bringing about differences in sexual role. This is also backed by a comprehensive series of research. The stereotypes associated with sexual role emphasize some typical behavioural patterns ascribed to men and women. Actually, we are now in a situation with considerable variations in the dynamics of sexual roles which currently present many new and original expressions» (Ponziani, 1993a, p. 31).

The object of sexual desires and drives shows sexual orientation: it can be heterosexual, homosexual, or bisexual. In his ground-breaking concept, Alfred Kinsey et al. (1948, 1953) proposes a model in contrast with the fixed idea of heterosexuality and homosexuality which, up to that time, had been the main view. This model introduces dynamics and variables in sexuality both between individuals and the same individual, according to circumstances linked to the environment and/or age. In both the First and Second *Kinsey Reports*, sexuality and its orientation is located within a *continuum* of seven levels, called *Kinsey scale*, which ranges from 0 = exclusively heterosexual to 6 = exclusively homosexual, going through another five intermediate stages which describe a main orientation towards heterosexuality or homosexuality with occasional contrasting attitudes.

The *sexual behaviour* refers to sexual activities which, following sexual stimulation, leads to physiological reactions. It develops at around fifteen months of age and it boosts during adolescence age. It is affected by social relationships, culture and the environment where people grow. Sexual fantasies and autoerotism (compensatory sexual activity mainly during adolescence) are important to this purpose.

I. Sexuality and Transsexualism: Gender Identity Disorder (DIG)

The persistent preference for the opposite sexual role and gender and the consequent sensation of being born with the wrong sexual identity, is defined Gender Identity Disorder (DIG) in the Diag-

nostic *and Statistic Manual of Mental Disorders IV-TR (DSM IV-TR, 2000)* is defined Gender Identity Disorder (DIG)). The problem with one's own biological sex is defined *Gender Dysphoria*. It refers to individuals who tend to live as members of the opposite sex and, as adults they ask for hormonal and/or surgical treatment insomuch that they get the same biological and anatomical features as the opposite sex, to the extent of making their sex variation legal.

In males, the preference is 1/10,000 and sex orientation is 50% homosexual and 50% heterosexual. The epidemiologic data though are not certain as transsexualism is still very difficult to appraise.

Although the Scientific Community has been studying transsexualism for several decades, its etiology is still uncertain. "The causes of transsexualism as well as the possible sources which might trigger off the desire to change sex represent the most controversial, enigmatic and dark side of sexology" (Braida & Marvasi, 1985). Nowadays this phenomenon may be explained by various factors and the bio-psycho-social model is the most widely recognized (Anglesio, 1996; Bianconi, 2014; Braida & Marvasi, 1985; Fassino, Abbate Daga & Leombruni, 2007; Mascetti, Balzani & Maiullari, 1986; Mascetti & Braida, 1987; Ponziani, 1993a, 1993b; Rovera, 1987), but there is still an ongoing lively debate about it.

Over the last few years, a lot of studies have shown biological evidence to this purpose, however this does not rule out the importance of cultural, social and psychological factors. The psycho-social factors which have already been recognized as proof of transsexualism in childhood and which lead to its development are for instance: lack of role models of one's own sex, open family pressure towards opposite sex attitudes and sexual violence during childhood.

The differential diagnosis is very important as the DIG must be well distinguished from the psychotic delusions of belonging to the opposite sex and/or having opposite sexual organs. According to the DSM IV-TR, the main feature of the disorder which leads to the diagnosis is: «the persistent and intense difficulty with one's own sex and the desire to have the opposite sex which is achieved through clothing, role assumption, up to the refusal of primary and secondary sexual features» (Fassino, Abbate Daga & Leombruni, 2007, p. 335).

Transsexual people are individuals who live a very stressful situation «as children they are rejected, as adolescents they often attempt suicide and as adults they may resort to self-mutilation acts. The thought of being born in the wrong body becomes a constant obsession» (*Ibid*., p. 336). During adult age, the chronic progress nearly always ends up with transvestitism. Emotional life is often characterized by a depressed mood and suicidal proposals. Aggressive attitudes towards sexual body parts are also very frequent.

II. Adaptation of sexual characters and appraisal check

The law 164 of 14 April 1982 regulates the necessary procedure to undergo sex change. The sex change happens through a medical-surgical treatment which can be performed only under specific authorization by the Court and must be preceded by a trial period of three to twelve months called 'real life test' in which the patient takes on the opposite sex identity and gets hormonal treatment. The hormonal treatment allows men to grow the size of their breasts and to acquire feminine traits thanks

to the estrogens, whereas it allows women to increase their muscular size and deepen their voice, thanks to testosterones.

For males the surgical operation consists of removing the penis and reconstructing a vagina and, for females, it consists of removing the ovaries and uterus and reconstructing an artificial penis. With the final judgment which allows the request for rectification of sex change, the Court orders the Civil Registry Office of the Municipality where the person was born to carry out the amendment of the relevant Register.

The verdict of suitability to undergo gender reassignment surgery (RCS) is pronounced by the examining magistrate who, if necessary, arranges a consultancy in order to ascertain the psycho-sexual conditions of the person involved, To this purpose, he appoints a Technical Advisor (CTU) who carries out a series of investigations.

In the period between 2010 and 2014 I was appointed by CTU, nominated by the magistrate, as expert collaborator in psycho-diagnostic tests with the purpose of evaluating the psycho-sexual conditions of three people interested in gender reassignment surgery. My duty was to submit tests as well as writing a report which would be supplemented with the more comprehensive psychiatric inquiry. An evaluation which included three diagnostic tests had been agreed with the psychiatrist: the Rorschach test, the *Bem Sex Role Inventory (BSRI) and the Millon Clinical Multiaxial Inventory-III (MCMI-III)*.

Furthermore, in 2013 I was contacted by a person whose psychiatrist Technical Advisor (CTP) called for an assessment through Rorschach test in order to start the bureaucratic procedure which would allow the hormonal treatment prior to the subsequent gender reassignment surgery. Likewise, in this case, the same tests were used.

III. 1. The Rorschach Test

The Rorschach Test undoubtedly represents the most popular and widespread projective technique and, at the same time, the most discussed. As any projective method, the hypothesis on which the *Rorschach Test* is grounded is that the way the individual perceives and interprets the ink stains, in which he/she organizes material which is scarcely organized, reflects the main aspects of his/her own psychological functioning. The ten test tables work as a kind of screen on which the individual projects the specific characteristics of one's own personality: ideas, attitudes, needs, anxiety, conflicts etc. (Anastasi, 1954). The effectiveness of projective tests in general and of Rorschach test in particular, lies in revealing the non manifest aspects, latent or subconscious, of the functioning and structure of personality, the quality of intelligence, the dynamics of emotional and affective life, the sense of reality and the contact with reality. Moreover, the answers to the test, can provide specific and well-defined references to psychological processes, both normal and pathological, and to the structure of personality and its functioning (Beizman, 1966; Bohm, 1969; Chabert, 1983, 1987, 1998; Di Nuovo, 1989; Freilone, 2005; Gaido, 1987; Klopfer & Davidson, 1962; Lerner, 1998; Loosli-Usteri, 1969; Nielsen & Zizolfi, 2005; Parenti & Pagani, 2006; Rapaport et al., 1981; Rausch de Trauberberg, 1970; Rorschach, 1921; Schafer, 1954).

The *Rorschach Test* is recognized as a privileged tool, even though it is not used alone, in the

study of DIG and in the assessment of suitability to RCS (Affatati et al., 2012; Liotti et al., 2013; Morgan & Viglione, 1992; Passi & Passi Tognazzo, 1999a, 1999b; Zucker et al., 1992).

With reference to this *screening*, the Rorschach test aims at highlighting sexual identification, the representation and image of oneself as well as affective life and personality functioning.

III. 2. The Bem Sex Role Inventory (BSRI)

The *Bem Sex Role Inventory (BSRI)* (De Leo & Villa, 1986) is the first test specifically designed to supply the scores of Masculinity and Femininity based on two scales which are not conceptually in contrast. The main theoretical tenet of the test is that in the same individual both masculine and feminine attitudes may coexist. The premise of BSMI is that the individual sexually *typified* has internalized the standards considered socially desirable by the same sex members. The BSMI scales supply scores which are a measure of *normative* variables, pertaining to the social desirability for each sex.

The BSMI is made up of 60 items, each consists of an adjective or a short sentence which refers to personality traits. 20 are stereotypically male and 20 are stereotypically female and 20 are considered filling items. The tested person has to state, the intensity with which each item describes him/her using a score on a scale of 7 points.

With regard to this screening, the test has been used to show the sex role that the individual has internalized.

III. 3. The Million Clinical Multiaxial Inventory-III (MCMI-III)

The *Million Clinical Multiaxial Inventory-III (MCMI-III)* is a clinical tool to assess the personality disorders which corresponds to the criteria of the disorders described in DSM-IV (Zennaro et al., 2008a; 2008b). The main theoretical tenet is the evolutionary one which sees personality disorders as evolutionary constructions deriving from the interaction between the individual and the environment and the role the latter has in affecting the person's behaviour. The clinical scales are grouped into specific categories which show the difference between Axis I and II of DSM-IV. The psychiatric symptoms are different depending on the structure of personality – the scales are grouped according to the level of psychopathological severity. Each ax consists of dimensions which mirror the main symptoms from the least to the most serious.

The inventory is formed by 175 items based on true/false answers. Each profile presents 4 index of correction and 24 scales. In reference to this screening, the Inventory was introduced to support the Rorschach test. The aim of this work is to highlight the findings of the diagnostic tests used and share some observations on the matter. The assessments carried out on the four clinical cases (for which fictional names have been used, choosing unisex names) have been fully reported hereafter.

IV. Clinical Cases

IV. 1. Andrea (FtoM)[1]

At the time of assessment Andrea is 27 years old. She was born biologically female but claims to belong to the male gender identity – she got her Leaving Certificate and she's currently a university student attending a three-year BA course.

To an objective observation, Andrea appears to be physically thin and of average height, her hair is short and she wears casual clothes (jeans, a T-shirt and a sweater) which are very large (one or two sizes more than her own size) as if she were trying to hide her shape. Although her outward appearance is stereotypically masculine, her femininity is revealed by her body movements, her face, gestures, and, to some extent, by her voiceprint.

The Rorschach Test

According to Andrea's behaviour during the test, the total number of answers (R = 22) and the kind of answers given, the test is valid.

From a quality point of view, her intelligence is *normal* and her performance appears to be in line.According to the protocol, systematic thinking (Relaxed Sequence), precision and critical skills (G+%↓ - Ban%↓) appear to be limited as well as some limits emerge also in the skill of intellectual contact with the environment (Ban%↓).

The intellective attitude is of a theoretical-abstract type, the thinking is mainly abstract with a tendency to neglect practical things and the details of daily life (Apperceptive Type = G (D)).

The *intimate* affectivity appears to be partially adapted; however, situations in which the adaptive control loses its effectiveness may happen (FC=2 – FC-=1) as well as situations in which the expression of feelings is impulsive. Such *outbursts* may be few but they are particularly strong (C=1 con K=4). In the *external* expressions, her affectivity is generally over-controlled (K – G+% - F+%), but whenever she finds herself in emotionally intense situations, her control over emotional reactions become rigid or impulsive (F+% tav.col.=100% - k=1). There's a search for affective contact, of an emotional type rather than intellectual (H=4 – Ban%↓). The control over reality is well preserved (IR=7).

The experience type triggered and/or affected by external reality is generally *ambiequal* (E.T.I= 4/3), that is to say that the introverted and extroverted tendencies are equally present and alternate even though with controlled intensity. On the other hand, the potential experience type, namely triggered by internal urges, is of *coartated* type (E.T.II= 2/1), which is the result of a weak experience type as well as a weak personal performance. This moderate discrepancy between the results of the two formulas shows a conflict between original and current tendencies which should be further clinically studied.

Several signs of anguish emerge from the test: anguish due to aggressiveness or anguish due to

[1] Female to Male – he/she who undergoes a body transformation from female to male.

one's own aggressiveness, with subsequent removal (shock to red). Anguish of the anguish or anguish due to something unknown, as a result of profound personal insecurities and fear of responsibility (shock to black, initial shock, interference phenomenon VIII, Gbl, answer "or else"). Anguish due to sexuality, with resulting refusal of femininity or of experienced sexuality as guilty, consciously or unconsciously (Sex, Id:?-M-F). Anguish of getting lost as a result of lack of self-confidence (Mid-line interpretation – Gbl).

As a whole, Andrea's organization of personality is borderline, with narcissistic relational manners and obvious signs of psychasthenia. It features psychic infantilism (regression), deep-rooted basic insecurity and fear of responsibility (Gbl – Answer "or else"). At the same time, there appears to be a need for infantile security, a need for fatherly protection and a search for fatherly approval (Mid-line interpretation).

Sexuality seems to be the most troubled personality area. The sexual identification is conflicting and psychologically undefined. Besides that, it does not present a psychological connotation of identity but it is connected with external elements to identity which provide an indication (Table II: "I can see clues"), for example the sexual organs (Table III: "woman because she has breasts … man because he has a penis"). Finally her identity is characterized by idealizations such as the power of masculine (Table IV: "he is impressive and gives the impression of having one of those powerless road motorbikes") and the beauty of feminine (Table VII: "they are wearing party clothes with one of those tight dresses with a corset").

BSRI

The results obtained with BSRI, according to three scale scores, highlight a case history called "androgyny" which shows how Andrea has internalized both the socially accepted standards for "male" and "female" (the scores for both scales are higher than the median of the joined sample). Therefore, the test does not show a defined sexual type. However, it must be noted that the difference between the two scores is definitely in favour of scale M, therefore, on the whole, there appears to be a predominance of male type of internalizations.

F= 4,55 Þ TF = 51	M= 5,45 Þ TM = 64	TF – TM = +13 = 59

MCMI-III

According to the index of validity (scale V=0) the protocol is valid. Its validity is also confirmed by the other three scales: Opening (scale X=50), desirability (scale Y=55) and debasement (scale Z=38), whose scores are within the median values.

By analyzing the 11 scales concerning "Pattern of clinical personality" Andrea's personality has exhibited *obsessive-compulsive* as well as schizoid-narcissistic traits; namely a personality which may show a regular well-organized life, characterized by a tendency to perfectionism, concealing a tendency to judge and criticize. Relationships are based on fairness, carefulness and conscientiousness although she tends to stay in the background rather than having an active role in the relationship.

IV. 2. Vania (FtoM)

Vania was born abroad. She was 18 years old at the time when she was assessed. She was born biologically female but she claims to belong to the male gender identity. She left her studies at Middle School and does occasional jobs .

To an objective observation, Vania is physically well-built and of average height, she has short hair and wears casual clothes (jeans, T-shirt). Her body language and movements as well as gestures are mainly rough and bold.

The Rorschach Test

Vania's behaviour during the test, the total number of answers (R = 66) and the type of answers lead us to consider the test valid. From a quality point of view, the intelligence is *neurotically inhibited* (depressive inhibition Þ FC'/C'F – Devitalization) and its performance is also inhibited. According to the protocol, systematic thinking, and logical thinking (sequencing), precision and critical sense (G+%↓ - Ban%↓) appear to be limited as well as some limits emerge also in the skill of intellectual contact with the environment (Ban%↓).

The intellective attitude is of a *practical* type, mainly based on tactile and physical experiences. The thinking is mainly concrete and inclined to produce and pick up little details (Apperceptive Type = (G) D Dd), the sense of reality is insecure and imprecise (G+%↓ - F+%↓).

The *intimate* affectivity appears to be little adapted and mainly *weak*. In some cases the emotional urges do not alter the adaptive skill, whereas at other times, emotional urges which mainly pertain to aggressiveness and sexuality impact on the ability to think critically as well as the adaptive skill. In such occurrences, her affectivity seems to swing with strong fluctuations out of control without being able to have a real understanding of the situation, she overreacts unsteadily. The capricious mood, the irritability and restlessness which ensue not only lead to unsteadiness, but make Vania very exposed to emotional influences from other people, that is to say make her very impressionable (FC=4 – CF=5 – Median Colour type – Impression – Contamination).

The presence of answers F(c) in this order (Colour type) poses the diagnostic issue of an "conscious struggle against her own emotions" which is typical of the *dissociation* phenomenon, which would call for further examination.

In the *external* expressions, the control over her emotional life is poor (K – G+%⁻ - F+%↓), and it gets even lower whenever Vania finds herself in emotionally intense situations(F+% tav.col.↓). The search for affective contact is of an emotional type rather than intellectual (H=6– Ban%↓) and accounts for the need of support she shows (H/Hd – CF). The neurotic inhibition also involves affections, through the removal of emotions and/or the suppression of the expression of affection and/or love/hatred ties (kinesthetic shock – shock to colour – shock to dark). The control over reality is well preserved (IR=5).

Extratensive is the experience type stimulated and/or affected by the external reality (E.T.I= 4/7), namely the intelligence is stereotypical, there is a great deal of productivity, a life oriented towards the outside, a weak affectivity featuring a circle of broad relationships and superficial ties, a dynamic

motility and self-confidence. *Extratensive* is also the potential experience type triggered by internal urges, although it is more of *coartated* type (E.T.II= ¼), which is the sign of inflexibility, dryness and a tendency to fussiness.

Several signs of anguish emerge from the test. Anguish due to aggressiveness or anguish due to one's own aggressiveness, with subsequent removal (shock to red). Anguish of the anguish or anguish due to something unknown, as a result of deep-rooted personal insecurities and fear of responsibility (shock to black, interference phenomenon VIII, Gbl, answer "or else"). Anguish due to sexuality, with resulting refusal of femininity or of experienced sexuality as guilty, consciously or unconsciously (Sex, Id:?/F – Shock to emptiness). Anguish of getting lost as a result of lack of self-confidence (Gbl).

As a whole, Vania's organization of personality is borderline, with narcissistic relational manners and obvious signs of depression, psychasthenia and weakness. It features psychic infantilism (regression), profound basic insecurity and fear of responsibility (Gbl – Answer 'or else'). Sometimes, especially in intensely emotional situations, she is unable to think and understand reality.

The domain of sexuality appears to be the most troubled personality area. The sexual identification seems to be inconsistent and psychologically undefined and swings between a narcissistic identification with the female and a vague and general identification.

BSRI

The results obtained with BSRI, according to three scale scores, highlight a case history called "androgyny" which shows how Vania has internalized both the socially accepted standards for "male" and "female" (the scores for both scales are higher than the median). Therefore, the test does not show a defined sexual type.

F= 4,75 Þ TF = 52	M= 5,60 Þ TM = 52	TF – TM = 0 = 50

MCMI-III

According to the index of validity (scale V=0) the protocol is valid. Its validity is also confirmed by the other three scales: Opening (scale X=73), desirability (scale Y=59) whose scores are within the median values. The scale of debasement (scale Z=77) shows Vania's tendency to criticize and demean herself, pointing out emotional and personal difficulties which, to a clinical exam, might be difficult to detect.

By analyzing the 11 scales concerning "Pattern of clinical personality" Vania's personality has exhibited *depressive traits* as well as *negative and escapist traits*; namely a personality which shows sadness, pessimism, lack of joy, inability to feel pleasure and some sluggishness in motion.

Also indecision and unsteadiness varying between deference and challenge. As far as personality structure is concerned, Vania shows a *borderline disorder with paranoid trait*s.

By analyzing the 7 scales concerning "Clinical Syndromes", the Syndrome of anxiety seems to be *prevalent* as well as *bipolar and dystymic syndromes* appear to be *present*. According to the 3 scales concerning "Severe clinical Syndromes", the *Delusional disorder Syndrome* seems to be *present*.

IV. 3. Celeste (MtoF)[2]

At the time when she was tested Celeste was 31. He was born biologically male but he claims to belong to the female gender identity. He has a bachelor degree and works as a free lancer.

To an objective observation, Celeste is physically well-built and very tall, she has long lush hair and wears elegant and feminine clothes. He wears heavy make-up, his hands are manicured with long red nails. His looks are stereotypically feminine, but his body movements and his gestures remind of masculinity.

The Rorschach Test

Cesare's behaviour during the test, the total number of answers (R = 27) and the type of answers lead us to consider the test valid. The intellectual performance appears to be emotionally inhibited.

According to the protocol, systematic thinking appears to be reduced (Relaxed Sequence), and poor precision and critical sense (G+%↓ - Ban%↓). Moreover, also the skills of intellectual contact with the environment (Ban%↓) and of emotional contact (K↓) are both poor.

The intellective attitude is of a *theoretical-abstract* type. His thinking is mainly abstract and inclined to neglect practical things from daily life (Apperceptive Type = G (D) Dd). Also his thinking can at times be inhibited, due to depressive mood (Do). His strong ambition to prove himself and do everything at his best (G%↓) does not seem to be sufficiently supported by a real ability to act (G+%↓).

The intimate affectivity appears to be weak, relentless and egotistic. The emotional adaptation though desired and pursued, does not happen effectively. It is an emotional life marked by impulsivity and subject to strong fluctuations without a real understanding of situations, which is out of control and reacts every day differently. He may easily search for 'the other' and being easily influenced by them. The impressionability is of an *extensive* kind, that is to say it is easy to occur but it does not last. The expression of emotional contact might be hiding a profound schizoid sensitivity and a great fear of entering deeply into relationships. Furthermore, the presence of positive and negative feelings which merge together may lead to an un- happy emotional life (k – F+%↓ - CF↓ - FC<(CF+C) – FI – De – FC/FC').

There seems to be some emotional unease (A=Ad), a strong immaturity (A%>H% – Pt – Nat – Self-references), a stiff attitude of stubbornness, an inhibition of helplessness dealing with external impressions (Dbl = 2), a poor ability of control (G+%↓ - F+%↓ - K = 1) and a noticeable difficulty in dealing with emotions (F+% tav.col.=0). Signs of opposition and aggressiveness are easy to see (Shock to red - Dbl – R. "fire"). As there are no answers with aggressive content but just childish images and images of collaboration, we may presume that aggressiveness might be unaware and not represented.

To overcome his desperate pessimism, Celeste has a tendency to denial, escape, finding shelter in an euphoric confabulated mood, which is therefore not reliable (Projection colour Table V – Relaxed sequence).

[2] Male to female – he/she who undergoes a body transformation from male to female.

As far as affective relationships are concerned, there seems to be a strong withdrawal and inability to be in mature and equal relationships. (Regressions – H%↓)

As concerns the current intimate way of feeling and experiencing, Celeste is mainly extraverted (E.T.I= 1/7), namely: a more stereotyped intelligence, a tendency to repetition rather than to creativity, life orientated towards external reality, weak affectivity, adaptation to reality and a more extensive rather than intensive contact featuring more superficial ties. Conversely, if we consider the potential intimate way of feeling and experiencing, both psychic forces, introversive and extroversive, are equally represented (E.T.II= 2/2). This considerable discrepancy between the results of the two formulas highlighting a conflict between the original and current tendencies, should be clinically further studied.

Even though there's a tendency to answer the calls of the environment, there appears to be little availability to embrace new stimulation and a remarkable tendency to answer in the same way to changing stimulations (Perseverations R.). Furthermore, a deep insecurity facing new situations can be noticed, with a difficulty to control emotions and a subsequent small adaptation (Table I), whereas, in emotionally new situations, a social-affective adaptation appears to occur prior to a following difficulty to control emotions (Table VIII).

Celeste's personality, with a borderline organization, presents profound basic insecurities, psychic infantilism (Regression), a lack of confidence in opinion, a fear of responsibility and obsessive fussiness (Gbl=2 – Answer in interrogative form – Answer "Or else"). At the same time, a infantile need for security, a need for protection both fatherly and motherly, and a search for fatherly support (Shock to emptiness – Mid-line Interpretation – R. Table IX) are visible. The test also shows anxiety, insecurity and struggles with the 'father' figure and authority in general (R. Table IV) and great difficulties with virility (G_{limi}t. Table IV).

The sphere of sexuality seems to be the most troubled personality area. The identification is mainly with the "feminine" (U Table III), as a noticeable idealization of the "feminine" and "femininity2 is detectable as well as a great confusion in sexual perception and body image (mid-line interpreted as "vagina" and "lower back").

Unsolved sexual problems are shown and sexual life is likely to be inhibited (Sex.) – fear of castration, fear of feminine contact and escape from sexuality (Sex. Amazement) are also present. Finally, there's an obvious sexual fear, fear of the "man" (Shock to dark). At the same time, a deep anguish with the "woman" and female sexual organs is observed, which is the sign of troubled relationships with the "mother" figure (Shock to emptiness).

According to the protocol, there is a striking presence of both denial (Projection of Colour) and sexual answers (Sex) in table V (Table of body image) and above all in Table VI (Sexual Table); such an aspect should be clinically further explored.

BSRI

The results obtained with BSRI, according to three scale scores, highlight a case history called "androgyny" which shows how Celeste has internalized both the socially accepted standards for "male" and "female" (the scores for both scales are higher than the median). Therefore, the test

does not show a defined sexual type.

However, it is to note that the difference between the two scores is considerably in favour of scale F, therefore, on the whole, there seems to be a prevalence of internalizations of "feminine" type.

F= 6,25 Þ TF = 74	M= 5,25 Þ TM = 61	TF – TM = +13 = 59

MCMI-III

According to the index of validity (scale V=0) the protocol is valid. Its validity is also confirmed by the opening scale with a score ranging between 34 and 178 (scale X = 45).

During the test Celeste strived to give the best impression that is to appear attractive (scale Y = 100) and denied debasement (scale Z = 0). According to the above mentioned "Index of modification" (scales X, Y, Z) it is likely that Celeste has attempted to conceal some psychological or personal difficulties. Moreover, the values reached in the three dimension scales "Severe personality disorders" which scored all (zero), may suggest a "Falsely Good" personality profile. During the test, Celeste asked many questions in order to understand the meaning of the *item*, showing an evident preoccupation to produce wrong answers.

By analyzing the 11 scales conerning the "Patterns of clinical personality" Celeste's personality corresponds to an *obsessive-compulsive personality* with considerable histrionic and narcissistic traits. This personality type entails a great ability to manipulate problems, deny difficulties and presenting oneself in a positive light, finding it difficult to acknowledge one's weaknesses and defects.

IV. 4. Maria (MtoF)

At the time of the test Maria is aged 42. He was born biologically male but he claims to belong to the female gender identity. He has a leaving certificate and works as a free lancer. To an objective observation, Maria is physically well-built and average tall, he has short hair and wears simple neat clothes (trousers, shirt and a sweater). He wears heavy make-up, his hands are manicured with long red nails. His looks, body movements and gestures are masculine.

The Rorschach Test

Maria's behaviour during the test, the total number of answers (R = 27) and the type of answers lead us to consider the test valid. The intellectual performance appears to be inferior (G<5 – F+<60 – K=0). According to the protocol, precision and critical sense are lacking (G+%↓ - Ban%↓) and the ability of intellectual contact with the environment (Ban%↓) and affective contact (K=0) are both poor.

From a quality point of view, the intellectual abilities are orientated towards details and/or small particulars, losing sight of the whole, and are against the environment (Apperceptive Type = (G) D Dd Dbl).

His thinking is superficial, it lacks precision and his critical sense is poor; besides that, the thinking is also confabulated, imprecise (G+%↓ - DG-).

His affectivity appears to be strongly immature and impulsive – it is overridden by affective lack of control and resulting risk of *acting-out*. The expression of emotions aims at giving vent to his feelings, 'the outburst' – these outbursts may be frequent, almost continuous but weak. All this happens within a psychic functioning orientated to the refusal of his own introversion, inwardness. In addition, oversensitivity and vulnerability are also present and attempts at dissimulation may occur (CF+C>FC – C=3 – K=0 – FC'/C'F/C').

There seems to be a stiffening in his affectivity, a sort of attitude of stubbornness, inhibition of his passive powerlessness dealing with external impressions and signs of opposition (Dbl = 2), poor ability of control (G+%↓ - F+%↓ - K = 0) and an apparent difficulty to manage emotions (F+% tav. col.↓). The difficulty facing affectivity leads to the escape into details (fussiness), whereas the unease with anxious or distressing occurrences leads to a struggle against his own impressionability (Dd Table Col. – Dd Table VI).

As regards affective relationships, there appears to be a profound withdrawal and tendency to fantasize and an apparent inability to be in a relationship (H%↓ - (H)=2) – the withdrawal may be due to a deep-seated anguish towards affective contact and relationships (kinesthetic shock) and strong difficulties to incorporate affections into his metal life (arbitrary colour).

Aggressiveness appears to be troubled: it is not integrated and tends to happen through defensive organization, therefore without awareness – an evident sensitivity to dangerous or threatening situations can be seen as well as a poor endurance to stress, pain, risk, external aggressiveness – it acquires archaic forms, of an impulsive type (Aggressive Cont. – Attraction to Red).

The domain of sexuality appears to be particularly troubled. The identification is not defined, mainly owing to a profound and precocious withdrawal of affective-relational feelings as well as owing to the great difficulty with contact in human relationships (kinesthetic shock – (H)). Sexual life is problematic and inhibitions are very probable (Sex) – fear of castration, fear of feminine contact and escape from sexuality (Sex Amazement). Finally, there's an obvious fear of 'the male' (Shock to dark – shock Table IV).

As pertains to his current intimate way of feeling and experiencing, Maria seems to be of a sheer extraverted type (E.T.I. = 0/6) that is to say he possesses a stereotyped intelligence, with tendency to repetition rather than to creativity, life orientated toward the outside, weak affectivity, adaptation to reality and a more extensive rather than intensive contact featuring superficial ties. On the other hand, in his potential intimate way of feeling and experiencing, both psychic forces, introverted and extroverted, are missing, which is a sign of precocious shortcomings (E.T.II = 0/0).

The reality check is weak and its control is feeble – inner thoughts are overriding and there seems to be a tendency to shape reality according to his desires disregarding the real situation (G+%□ - DG- - F+%↓ - Ban%↓).

The index of reality (IR:4) accounts for a troubled relationship with space, time and values, an isolation from the outside world and a weak personality subject to instinctive urges and relying on an unreal world.

Maria's personality appears to be strongly troubled by deep emotional affective and relational difficulties. The organization is psychotic and it is permeated by the anguish of the anguish. There is a steady and remarkable tendency to blame other people of his own failures for fear of taking responsibility as

well as showing his own shortcomings. As concerns the functioning of personality, there seems to be a strive to search for relationships which may bear out his suspicions, by resorting to unreal and frequent delusional connections or to reality disruptions through the magical thought. The boundary between inner and external reality is weak. Defenses are primitive, built on rationalizations of paranoid type (Delusion of likeness – Confabulations II, III level – Unsuitable logic – R. transformation – Self-reference).

BSRI

The results obtained with BSRI, according to three scale scores, emphasize a case history defined "femininity" which shows how Maria has strived, during the test, to present himself as a holder of characteristics which are stereotypically considered ideal for 'females', thus taking on socially desirable feminine standards.

F= 5,65 Þ TF = 66	M= 3,20 Þ TM = 33	TF – TM = -33 = 27

MCMI-III

The index of *validity* (scale V=0) leads us to rule out the possibility that Maria might have given "random" answers. The *Opening* index (scale X = 33), whose score is inferior to the mean range (34-178), makes the *protocol not valid*. The score of this scale shows a reluctant attitude to give answers, Maria is unwilling to discover himself and talk about himself.

During the test Maria strived to present himself in the best possible light, that is to say he tried to appear physically attractive, morally virtuous and emotionally well self-controlled (scale Y = 75) and he tended to deny debasement (scale Z = 34).

According to the above mentioned "Index of modification" (scales X, Y, Z), in line with scientific literature, Maria has achieved a high score only in one scale of personality (Obsessive-compulsive), so that he appeared conscientious.

As shown from the analysis of the test validity, *the Protocol is not valid*. Therefore, what follows has just descriptive content and it is not to be considered a clinical assessment.

By analyzing the 11 scales concerning the 'Patterns of clinical personality' Maria's personality corresponds to an *obsessive-compulsive personality*.

V. Final considerations

These final considerations do not include Maria's case as, owing to its psychotic personality organization, the Gender Identity Disorder (DSM IV-TR, 2000) can be ruled out, whereas it is confirmed for Andrea, Vania and Cesare whose personality profiles, according to the tests, show several overlapping elements.

The first general consideration is that the assessment of Andrea, Vania and Celeste underpin a personality organization which is at an intermediate level, thus borderline (Freilone, 2005; Kernberg, 1984; Lerner, 1998; Lowen, 1983; Mc Williams, 2011; Miller, 1996). It is a personality characterized

by basic insecurities in the sense of self, immaturity and affective unsteadiness as well as archaic fictional defenses. To a deeper level, therefore, identity is not well structured.

Notwithstanding the fact that it is at an intermediate level, on the whole, the personality organization seems to have its own sort of steadiness. In fact, there are visible signs which set it within the neurotic domain rather than the psychotic one: for example the reality check and/or the rational control over affectivity. However, the organization and functioning considerably varies in the area of sexuality, in which a lower level of organization can be noticed, namely the psychotic level. In this domain identity is more widespread, the reality check as well as the ability to judge show signs of failure and anguish reaches its climax.

In the evolution process of identity, identification has an important role as it is deemed to be the action in order to pursue identity. According to its etymological meaning, it means "to be inside", "to be in place of", "to be the same as" (Chabert, 1987; Fassino & Ferrero, 1982; Lerner, 1998; Sanfilippo, 1998). Andrea's and Vania's sexual identification appear to be inconsistent, undefined and, above all, they rely on identifications and external factors rather than more stable psychological aspects of identity. Celeste's sexual identification is focused on idealized features of the female and femininity. In addition sexual perception as well as sexual body image are confused.

Andrea, Vania and Celeste do not show a well defined sex type of the role: all of them have internalized both behavioural standards for the female and the male, considered socially desirable. The most undefined situation appears to be Vania's; as for Andrea and Celeste the main sex type is, respectively, for the masculine and the feminine, that is for a sexual role belonging to their gender identity. The only case in which the sex type corresponds to the gender identity is Maria's (which has not been included in these final considerations as his personality organization is of third level). However, also in this diagnostic test the area of sexuality shows the same characteristics and difficulties previously analyzed.

Therefore, in the sphere of sexuality, the tests highlight a deep-rooted structure of personality which does not correspond exactly to the conscious beliefs each of them stands up for. In fact, Andrea, Vania and Celeste (likewise other transsexuals) claim to have a clear and well defined gender identity which does not correspond at all to their biological sexual identity. Furthermore, they affirm to identify with the sexual role corresponding to their gender identity and not their biological sexual identity. The lack of integration with their own self, therefore, has a much more profound ad unaware origin than their own personality. The body dimension is just the tip of the iceberg.

In the light of these results, their belief to belong to a well defined gender identity acquires the meaning of a *reinforced pretence*, in order to make up for the *grievous feeling of indefiniteness* due to the lack of identity integration of their personality organizations. The strength and strong determination with which Andrea, Vania and Cesare champion their recognition and realization of their gender identity appear to be more the result of an *overcompensation* (Adler, 2012, 1920, 1933; Ansbacher & Ansbacher, 1956; Casonato, 2013; Parenti, 1983).

Another consideration shall be given to the affective-relational area. Andrea, Vania e Celeste show immature, weak and impusilve affectivity and difficulty to manage emotions, which can be hidden by an apparent tendency to control and, at times, over-control. The affective contact is searched for, but it is of an emotional and self-centred type, therefore deeply connected to their needs and their fulfillment.

The signs of anguish are also overlapping in the three assessment tests: removed anguish of aggressiveness and of their own aggressiveness, anguish of the anguish, anguish linked to sexuality and anguish of getting lost. To sum up, the characteristics of the affective-relational area of Andrea's, Vania's and Celeste's personality correspond to the distinctive traits of narcissistic types.

The fictional nature of these personalities is widely acknowledged. It is a *fictitious pretence* which leads to fulfil a need for relational contact, by avoiding the deep difficulties of getting into an authentic contact with "the other" by oneself. (Adler, 1912, 1920, 1933; Ansbacher & Ansbacher, 1964; Ellenberger, 1970; Kernberg, 2005; Lowen, 1983, 1985; Miller, 1980, 2004; Parenti, 1983).

A *compensatory* need dealing with the grievous and deep anguish of loneliness and diversity which is also the expression of the dynamics of the individual creative power (Callina, 2015; Stein, 2015). «The narcissist does not recognize the existence of 'the other' but, paradoxically, the 'completed' narcissism requires the presence of a relational object, which is not recognized as such, but gives the illusion to the subject that he/she can do without any objects. Thus, between the two members of the narcissistic relationship a communication takes place: it is empty and it does not convey anything. In other words, the narcissist does not establish a real relationship with the other, but he/she uses the other for the benefit of his/her own identity and to boost his/her self-esteem. The other person lends himself/herself to be used for his/her own needs» (Bianconi, 2014, p. 65).

It is also widely recognized and acknowledged that in the evolution of these difficulties the environment and childhood experiences have a key role, together with an upbringing which deprives *the need for tenderness* even of basic satisfactions inherent in the culture, leaving the child alone with his/her own quest for lost love (Adler, 1908b; Ferrigno, 2006).

Deprived of the fundamental and vital need to be loved, the child is left with his/her own person as the goal of his/her own search. Everything which belongs to the *social sentiment* is limited in its own natural tendency towards expansion and remains tied down to its primitive forms: *tendencies to satisfaction* of one's own self are overriding, in all the forms in which they may occur.

As an alternative or at the same time, the child acquires an aggressive attitude, nurturing hatred and bearing deep grudge against the outside world, therefore also towards his/her own body. The failure to satisfy the vital need for tenderness prevents individuals from developing their physiological human functions which are inherited as a *gift* and it remains indelibly *inscribed* on the lifestyle and on all its manifestations.

The profound emotional suffering is experienced as *denied*. It is then *compensated* with the illness and/or in personality disorders. It is often the body which preserves the memory thanks to the process of dissociation which makes it manifest through its messages (Adler, 1908a, 1908b, 1912, 1927, 1931, 1932; Ansbacher & Ansbacher, 1982; Liotti, 2011; Lowen, 1980, 1983, 1985; Miller, 1980, 1981, 1996, 2004; Pagani, 2006; Rispoli, 2004; Schellembaum, 1988; Solano, 2013).

Therefore, it cannot be ruled out that Andrea, Vania and Celeste may have lived precocious experiences which might have deeply affected the development of their sexuality insomuch that they are part of their implicit memory which is dissociated from awareness. «According to the Individualpsychology, a trauma represents an internalized experience which changes the individual vision of the world and the interpretation of life experiences, altering the balance between social sentiment and aspiration to superiority: an experience changing the individual apperception pattern as well as one's

opinion of the world and of oneself. This opinion is only partially conscious. The quality of interpersonal relationships depends on the quality of tenderness experienced in the precocious mother-child relationship which is the prototype for all further relationships (Bianconi, 2014). 'Traumatic experiences affect the process of attachment, the ability of mentalization and reflective functions: if they are precocious and repetitive, they help to create alterations in the development and structure of identity. Therefore, they pave the way to possible psychopathological situations as well as problems with the integration of the Self, manifesting themselves mainly as impaired functioning of personality and mentalization deficiency» (*Ibid*., p. 66).

A final consideration concerns some quality features of intelligence, namely poor abilities of systematic thinking, of precision, critical thought, and limits in the ability of intellectual contact with the environment. These elements are not connected with the central theme of the current work, nevertheless they are mentioned in order to complete the study of the similarities identified in the three cases.

In the light of these considerations, what psychic consequences resulting from gender reassignment surgery will there be? Andrea, Vania and Celeste, alike all transsexual who resort to it, have high expectations from this surgery – the gender reassignment surgery is deemed to be crucial to fill up the *gap* between one's own experienced gender identity and the actual biological sexual identity. Thus, it is in order to solve many personal difficulties and finally achieve one's own integrity and serenity.

It would be very important to be able to check the psychic outcome resulting from such a surgery as well as to what kind of psychological structure it will lead. We do not deny that the gender reassignment surgery may represent and effective solution to some problems, though such solution might not be immediate or complete and might not occur in all cases. The follow-up studies are still few and they do not agree on the extent of post surgery satisfaction/dissatisfaction and also highlight cases of suicide (Romeo et al., 2010).

The current study makes it explicit that such few clinical cases do not allow for a generalization for transsexuals who resort to gender reassignment surgery. However, such an ample overlapping of test results may only suggest that further study of the matter should be carried out, which becomes an ethical duty for all psychotherapists (Ferrigno, 2001, 2014; Pagani, 1998), bearing in mind the invasiveness and, above all, irreversibility of such a surgery.

Such an issue which is very relevant today, has a strong impact on the public opinion's sensitivity and on our modern society as a whole, deeply influencing people. Hence, it must be faced with *responsibility*, keeping under control one's *prejudices* and avoiding *collective pretences*.

It is important not to leave transsexual people emotionally and affectively alone with their own difficulties. In fact, should the above-mentioned considerations be true in the experience of their own Self, giving satisfaction to their requests would lead to an unsuitable attitude which would reinforce the *compulsion to repeat* the traumatic event.

«Both mind and body are manifestations of life: they are part of life as a whole, therefore it is time to understand their mutual relations as a whole» (Adler, 1931). In order to be able to "really" know somebody it is necessary to observe how they relate with the world outside of themselves. The world outside oneself is not just the physical relational and cultural environment which surrounds us, it is also one's body, thus body and mental functions.

The way in which an individual relates with one's own external world conforms to the interpretation one gives of oneself and one's own preoccupations. *It is neither the biological heredity nor the environment* to determine the relation between an individual and the external world: the biological heredity provides qualities and the environment supplies impressions. *Qualities and impressions* make the *experience* of the person: what has a key role in the development of one's personality and lifestyle is the interpretation one gives to such *experiences* (Adler, 1920, 1927, 1931, 1932, 1933; Ansbacher & Ansbacher, 1956, 1964, 1982).

The sexual function derives from the biological heredity and, as all individual functions, it evolves throughout life through the close link between hereditary *qualities*, received *impressions* and the creative *interpretation* of individual experience (Adler, 1912, 1920, 1927, 1931; Ansbacher & Ansbacher, 1964, 1982).

REFERENCES

ADLER, A. (1908a). Der Aggressionstriebim Leben und in der Neurose. In A. ADLER,. & C. FURTMÜLLER. (Eds). (1914). *Heilen und Bilden.* Ärzlich-pädagogosche *Arbeiten des Vereins für Individualpsycologie.* München: Reinhardt. (Trad. it. La pulsione aggressiva nella vita e nella nevrosi. *Rivista di Psicologia Individuale*, *46*, 1999, 5-14)..

ADLER, A. (1908b). Das Zärtlichkeitsbedürfnis des Kindes. In A. ADLER, & C. FURTMÜLLER. (Eds). (1914). *Heilen und Bilden: Ärztlich-pädagogische Arbeiten des Vereins für Individualpsychologie*. München: Reinhardt. (Trad. it. a cura di G. Ferrigno e C. Canzano, Il bisogno di tenerezza del bambino. *Rivista di Psicologia Individuale*, *59,* 2006, 7-15).

ADLER, A. (1912). *Über den nervösen Charakter.* Wiesbaden: J. F. Bergmann. (Trad. it. *Il carattere dei nevrotici.* Roma: Newton Compton Editori, 2008).

ADLER, A. (1920). *Praxis und Theorie der Individulpsychologie.* München: Bergmann. (Trad. it. *Psicologia Individuale. Prassi e Teoria,* Roma: Newton Compton Editori, 2006).

ADLER, A. (1927). *Menschenkenntnis.* Leipzig: Hirzel. (Trad. it. *La conoscenza dell'uomo nella psicologia individuale.* Roma: Newton Compton Editori, 1994).

ADLER, A. (1931). *What Life Schould Mean to You.* Boston: Little, Brown & Company. (Trad. it. *Che cosa la vita dovrebbe significare per voi.* Roma: Newton Compton Editori, 1994).

ADLER, A. (1932). *Tecnik der Bahandlung; Die Tecnik der Individualpsycologie 1, die Kunst eine Lebens und Krankengeschichte zu Lesen (1928); Die Tecnik der Individualpsycologie 2, Die Seele des Schwererzichbaren Schuldkindes (1930); The Case of Mrs. A (The Diagnosis of a Life-Stile) (1931).* (Trad. it. *La Tecnica della Psicologia Individuale.* Roma: Newton Compton Editori, 2005).

ADLER, A. (1933). *Der Sinn des Lebens*. Wien und Leipzig: Passer. (Trad. it. *Il senso della vita.* Roma: Newton Compton Editori, 1997).

AFFATATI, V. ET AL. (2012). Utilizzo del test di Rorschach nella diagnosi di disturbo dell'identità di genere e nella valutazione dell'idoneità alla riassegnazione chirurgica del sesso. *Rivista di psichiatria, 47,* 4, 337-344.

ANASTASI, A. (1954). *Psychological Testing.* New York: MacMillan Company. (Trad. it. *I test psicologici*. Milano: Franco Angeli, 1987).

ANGLESIO, A. (1996). Dal sesso e dei sessi. *Rivista di Psicologia Individuale*, *39*, 43-51.

ANSBACHER, H. L., & ANSBACHER, R. R. (1956). *The Individual Psychology of Alfred Adler.* New York: Basic Books. (Trad. it. a cura di U. Sodini e A. Teglia Sodini, *La psicologia individuale di Alfred Adler.* Firenze: Martinelli, 1997).

ANSBACHER, H. L., & ANSBACHER, R. R. (1964). *Superiority and Social Interest.* Evaston: Northwestern University. (Trad. it. a cura di U. Sodini e A. Teglia Sodini, *Aspirazione alla superiorità e Sentimento comunitario*, Roma: Edizioni Universitarie Romane, 2008).

ANSBACHER, H. L., & ANSBACHER, R. R. (1982). *Co-operation Between the Sexes. Writings on Women and Man, Love and Marriage, and Sexuality,* Doubleday & Company. (Trad. it. *La cooperazione tra i sessi. Scritti sulle donne e sugli uomini, sull'amore, il matrimonio e la sessualità.* Roma: Edizioni Universitarie Romane, 2001).

BECCHI, M. A., & CARULLI, N. (2009), Le basi scientifiche dell'approccio bio-psico-sociale. Indicazione per l'acquisizione delle competenze mediche appropriate. *Medicina Italiana 3/2009* (*Internal and Emergency Medicine 2009, 4,* 3/09*).*

BEIZMAN, C. (1966). *Livret de cotation des formes dans le Rorschach.* Paris: Centre de Psychologie Appliquée. (Trad. it. *Manuale di siglatura delle forme nel Rorschach*. Firenze: Organizzazioni Speciali, 1974).

BIANCONI, A. (2014). Perversioni e parafilie: riflessioni Individual Psicologiche ed esemplificazioni cliniche. *Rivista di Psicologia Individuale, 75,* 51-80).

BOHM, E. (1969). *Lehrbuch der Rorschach-Psychodiagnostik.* Bern: Verlag Hans Huber. (Trad. it. *Manuale di psicodiagnostica di Rorschach*. Firenze: Giunti, 1995).

BRAIDA, A., & MARVASI, N. (1985). Sofferta inversione di ruolo e desiderio di cambiare sesso: la scelta transessuale. *Rivista di Psicologia Individuale*, *20-21*, 74-78.

CALLINA, R. (2015). Omosessualità maschile e promiscuità: alla ricerca dell'identità perduta. *Dialoghi adleriani, 3,* 65-78.

CASONATO, M. (2011). *Convinzioni patogene.* Urbino: Quattroventi.

CHABERT, C. (1983). *Le Rorschach en clinique adulte*. Paris: Dunod. (Trad. it. *Il Rorschach nella pratica adulta*. Milano: Hoepli, 1988).

CHABERT, C. (1987). *La psychopathologie à l'*èpreuve *du Rorschach*. Paris: Dunod. (Trad. it. *Psicopatologia e Rorschach*. Milano: Raffaello Cortina, 1993).

CHABERT, C. (1998). *Psychanalyse et mèthodes projectives*. Paris: Dunod. (Trad. it. *Psicanalisi e metodi proiettivi*. Roma: Borla, 2006).

DE LEO, D., & VILLA, A. (1986). *Il problema del rilevamento delle tipologie sessuali e il Bem Sex Role Inventory*. Firenze: Organizzazioni Speciali.

DI NUOVO, S. (1989). *Il test di Rorschach in psicopatologia*. Milano: Franco Angeli.

DOGAR, I. A. (2007). Biopsychosocial model. *APMC, 1,* 11-13.

ELLENBERGER, H. F. (1970). *The discovery of the unconscious: The history and evolution of dynamic psychiatry.* New York: Basic Books. (Trad. it. *La Scoperta dell'inconscio*, voll. 1, 2, Torino: Bollati Boringhieri, 1976).

ENGEL, G. L. (1977). The need for a New Medical Model: a challenge for biomedicine. *Scienze, 196,* 4286, 129-136.

FASSINO, S., ABBATE DAGA, G., & LEOMBRUNI, P. (2007). *Manuale di psichiatria biopsicosociale.* Torino: Centro Scientifico Editore.

FASSINO, S., & FERRERO A. (1982). A proposito dell'identificazione trans-individuale al servizio dell'agente terapeutico. *Rivista di Psicologia Individuale, 15-16,* 159-167.

FERRIGNO, G. (2001). L'analisi e la psicoterapia psicodinamica secondo il modello adleriano. *Rivista di Psicologia Individuale, 49*, 15-27.

FERRIGNO, G. (2006). Editoriale. Alfred Adler e la mente relazionale. *Rivista di Psicologia Individuale*, *59*, 3-5.

FERRIGNO, G. (2014). Conflitti intergenerazionali e psicoterapia: qualcosa in più dell'interpretazione. *Dialoghi adleriani, 2,* 56-74.

FREILONE, F. (2005). *La personalità borderline al test di Rorschach.* Torino: UTET.

GAIDO, P. (1987). Studio in chiave adleriana sul vissuto relativo alla propria identità socio-sessuale in un gruppo di soggetti femminili sottoposti al Test di Rorschach. *Rivista di Psicologia Individuale, 28-29,* 147-156.

KERNBERG, O. F. (1984). *Severe personalità disorders.* London: Yale University Press. (Trad. it. *Disturbi gravi della personalità.* Torino: Bollati Boringhieri, 1987).

KERNBERG, O. F. (2005). *Aggressivity, Narcisism and Self-destructiveness in the psychotherapeutic relationship.* Kernberg. (Trad. it. *Narcisismo, aggressività e auto distruttività nella relazione terapeutica.* Milano: Raffaello Cortina, 2006).

KINSEY, A. ET AL. (1948). *Sexual behaviour in the human male.* Bloomington: Indiana University Press. (Trad. it. *Il comportamento sessuale dell'uomo*. Milano: Bompiani, 1965).

KINSEY, A. ET AL. (1953). *Sexual behaviour in the human female.* Bloomington: Indiana University Press. (Trad. it. *Il comportamento sessuale della donna*. Milano: Bompiani, 1965).

KLOPFER, B., & DAVIDSON, H. H. (1962). *The Rorschach technique.* Harcourt Brace & Company. (Trad. it: *La tecnica Rorschach.* Firenze: Organizzazioni Speciali, 1971).

LERNER, P. M. (1998). *Psychoanalytic perspectives on the Rorschach.* New Jersey: The Analytic Press. (Trad. it. *Il Rorschach. Una lettura psicoanalitica*. Milano: Raffaello Cortina Editore, 2000).

LIOTTI, G., & FARINA, B. (2011). *Sviluppi Traumatici*. Milano: Raffaello Cortina.

LIOTTA, M. ET AL. (2013). *Immagine corporea e identificazione sessuale nei D.I.G.: uno studio clinico attraverso i proiettivi*. Atti XV Congresso Nazionale AIP-Sezione di Psicologia Clinica e Dinamica. Napoli: Fridericiana Editrice Universitaria.

LOOSLI-USTERI, M. (1969). *Manuel pratique du Test de Rorschach.* Paris: Hermann. (Trad. it. *Manuale pratico del test di Rorschach.* Firenze: Organizzazioni Speciali, 1972).

LOWEN, A. (1980). *Fear of life.* New York, London: Macmillan Publishing Co. (Trad. it. *Paura di vivere*. Roma: Astrolabio, 1982).

LOWEN, A. (1983). *Narcisismo. Denial of the True Self.* New York, London: Macmillan Publishing Co. (Trad. it. *Il Narcisismo. L'identità rinnegata*. Milano: Feltrinelli, 2011).

LOWEN, A. (1985). *Phisical dynamics of character structure.* New York, Grune and Stratton (Trad. it. *Il linguaggio del corpo*. Milano: Feltrinelli, 2010).

MASCETTI, A., BALZANI, A., & MAIULLARI, F. (1986). L'uomo e la donna nella Psicologia Individuale. Un quadro ridisegnato. *Rivista di Psicologia Individuale, 24-25,* 93-97.

MASCETTI, A., & BRAIDA, A. (1987). L'uomo e la donna: simbolo, mito e parità dei sessi. *Rivista di Psicologia Individuale, 28-29,* 172-178.

McWILLIAMS, N. (2011). *Psychoanalytic diagnosis.* London: The Guilford Press. (Trad. it. *La diagnosi psicoanalitica. Seconda edizione riveduta ed amplificata.* Roma: Astrolabio, 2012).

MILLER, A. (1980). *An anfang war erziehung.* Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag. (Trad. it. *La persecuzione del bambino. Le radici della violenza.* Torino: Bollati Boringhieri, 2007).

MILLER, A. (1981). *Du sollst nicht merken. Variationen über das Paradies-Thema.* Frankfurt am main: Suhrkamp Verlag. (Trad. it. *Il bambino inascoltato. Realtà infantile e dogma psicoanalitico.* Torino: Bollati Boringhieri, 2010).

MILLER, A. (1996). *Das drama des begabten kindes und die suche nach dem wahren selbst: eine um-und fortschreibung.* Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag (Trad. it.. *Il dramma del bambino dotato e la ricerca del vero sé. Riscrittura e continuazione.* Torino: Bollati Boringhieri, 2010).

MILLER, A. (2004). *Die revolte des körpers.* Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag (Trad. it. *La rivolta del corpo.* Milano: Raffello Cortina, 2005).

MORGAN, L., & VIGLIONE, D. J. Jr. (1992). Sexual disturbances, Rorschach sexual responses and mediating factors. *Psychological Assessment, 4,* 530-536.

NIELSEN, N. P., & ZIZOLFI, S. (2005). *Rorschach a Norimberga*. Milano: Franco Angeli.

PAGANI, P. L. (1998). I problemi etici della psicoterapia. *Rivista di Psicologia Individuale, 44*: 23-41.

PAGANI, P. L. (2006). Dalla pulsione aggressiva al sentimento sociale: sulle tracce del pensiero di Adler. *Rivista di Psicologia Individuale, 60*, 5-36.

PARENTI, F. (1983). *La psicologia individuale dopo Adler.* Roma: Astrolabio..

PARENTI, F., & PAGANI, P. L. (1976). *Il reattivo di Rorschach nell'età evolutiva e nell'adulto.* Milano: Hoepli.

PASSI, B., & PASSI TOGNAZZO, D. (1999a). Il corpo rifiutato. Tre casi di transessuali biologicamente donne. In E. CATTONARO & D. PASSI TOGNAZZO (1999). *Psicodiagnostica Proiettiva*. Roma: Edizioni Universitarie Romane.

PASSI, B., & PASSI TOGNAZZO, D. (1999b). La personalità transessuale: un contributo psicodiagnostico. In: E. CATTONARO, & D. PASSI TOGNAZZO (1999). *Psicodiagnostica Proiettiva*. Roma: Edizioni Universitarie Romane.

PONZIANI, U. (1993a). Maschilità: identità di genere, stereotipi sessuali e loro costruzione socioculturale. *Rivista di Psicologia Individuale*, *34*, 29-37.

PONZIANI, U. (1993b). Maschi oggi: fra scontri, supremazie e simmetria. *Rivista di Psicologia Individuale*, *34*, 39-48.

RAPAPORT, D. ET AL. (1968). *Diagnostic Psychological Testing.* New York: International Universities Press. (Trad. it. *Reattivi Psicodiagnostici.* Torino: Bollati Boringhieri, 1981).

RAUSCH de TRAUBERBERG, N. (1970). *La pratique du Rorschach.* Paris: Presses Universitaries de France. (Trad. it. *La pratica del Rorschach*. Milano: UTET, 1999).

RISPOLI, L., (2004), *Esperienza di base e sviluppo del Sé.* Milano: Franco Angeli.

ROMEO, R. ET AL. (2010). La riassegnazione chirurgica del sesso: i focus group come mezzo di esplorazione della qualità della vita di persone transessuali. *Rivista di Psicologia Clinica, 2*, 133-144.

RORSCHACH, H. (1921). *Psychodiagnostik.* Paris: Presses Universitaries de France. (Trad. it. *Psicodiagnostica.* Roma: Kappa, 1981).

ROVERA, G. G. (1987). Sessuologia e Psicologia Individuale oggi. *Rivista di Psicologia Individuale*, *28-29,* 112-135.

SANFILIPPO, B. (Ed). (1998). *Itinerari Adleriani.* Milano: Franco Angeli.

SCHAFER, R. (1954). *Psychoanalytic Interpretation in Rorschach Testing.* New York: Grune & Stratton. (Trad. it. *L'interpretazione psicoanalitica del Rorschach.* Torino: Bollati Boringhieri, 1978).

SCHELLEMBAUM, P. (1988). *Die wunde der ungelieben.* Munchen: Kösel-Verlag (Trad. it. *La ferita dei non amati. Come cancellare il marchio della mancanza di amore*. Milano: Red, 2002).

SOLANO, L. (2013). *Tra corpo e mente.* Milano: Raffaello Cortina.

STEIN, H.T. (2015). Il potere creativo. *Dialoghi Adleriani, 3,* 13-16.

ZENNARO, A. ET AL. (2008a). *MCMI-III Millon Clinial Multiaxial Inventory-III. Manuale.* Firenze: Organizzazioni Speciali.

ZENNARO, A. ET AL. (2008b). *L'adattamento italiano del MCMI-III. Studi di validazione.* Firenze: Organizzazioni Speciali.

ZUCHER, K. J. ET AL. (1992). Sex-Typed responses in the Rorschach protocols of children with Gender Identity Disorder. *Journal of Personality Assessment, 58,* 295-310.

TRANSESSUALITÀ E IDENTIFICAZIONE SESSUALE: UNO STUDIO ADLERIANO ATTRAVERSO IL TEST DI RORSCHACH

Rossella Ardenti

I. Introduzione

La sessualità di un individuo s'intreccia alla sua personalità, al suo assetto biologico e al senso di Sé e riflette tutte le esperienze che un individuo fa durante l'evoluzione della sua esperienza di vita.

La sessualità è considerata componente dello Stile di vita, specifica l'identità psicologica di un individuo (Rovera, 1987) ed è la forza che struttura la personalità umana in senso simbolico e di identificazione psico-sociale (Mascetti, Balzani & Maiullari, 1986).

Nella prospettiva individualpsicologica, la sessualità viene vissuta come «attività dinamica strutturante la personalità in un rimando continuo dall'individuale al sociale e dal sociale all'individuale, alla ricerca di un sempre più sicuro approdo, che è la tranquilla accettazione del proprio ruolo sessuale. La sessualità è da intendersi dunque come psico-socio-sessualità e il ruolo sessuale come un modo sociale necessario alla presa di coscienza del modo di essere uomo o donna» (*Ibid.*, p. 94).

«La concezione della vita sessuale è molto complessa: non inquadra la fenomenologia della sessualità e dell'amore come se fosse solo un semplice spostamento di cariche di energia pulsionale ma, senza negare che sia anche questo, la amplifica arricchendola di dinamiche che risentono di tutte le sottigliezze che caratterizzano lo stile di vita, unico e irripetibile, di ogni individuo, e quindi anche degli influssi dell'ambiente e della cultura del momento. La P. I. ha suggerito di inquadrare le problematiche determinate dalla sessualità come un particolare aspetto dei rapporti relazionali, in intima compartecipazione con le altre istanze che indirizzano la vita dell'uomo» (Bianconi, 2014, pp. 52-53).

Secondo il più attuale, innovativo e integrato *modello bio-psico-sociale* (Becchi & Carulli, 2009; Dogar, 2007; Engel, 1977), sostenuto *dall'OMS* (*Organizzazione Mondiale della Sanità*) ma ancora scarsamente diffuso, la sessualità umana è la risultante di cinque fattori tra loro strettamente correlati: identità sessuale, identità di genere, ruolo di genere, orientamento sessuale e comportamento sessuale (Fassino, Abbate Daga & Leombruni, 2007), ciascuno dei quali è definito all'interno di un confine circoscritto.

Le caratteristiche biologiche definiscono l'*identità sessuale* di un individuo: cromosomi, organi genitali esterni e interni, assetto ormonale e caratteri sessuali secondari. «Come è noto la formazione dell'identità sessuale inizia antecedentemente alla nascita (sesso cromosomico, gonadale, ormonale, genitale, cerebrale) e si compie nei primi anni della vita del soggetto, attraverso un cammino complesso (sesso legale, identità psicosessuale, maturità post-puberale) (Rovera, 1987, p. 116). L'identità sessuale si riferisce al senso di sessualità che ciascun individuo ha di se stesso ed è il risultato dell'integrazione tra sesso biologico, identità di genere, espressione del ruolo di genere e orientamento sessuale.

La percezione soggettiva di appartenenza al sesso maschile o femminile definisce la sua *identità di genere*: si sviluppa intorno ai due anni e influenza i comportamenti successivi. I comportamenti

adottati dall'individuo per mostrare la sua appartenenza di genere definiscono il suo *ruolo di genere* e può anche essere discordante dall'identità di genere.

Tra identità sessuale e di genere può non esserci corrispondenza: esse possono svilupparsi in modo conflittuale o anche opposto. Infatti, il genere è molto influenzato dal contesto in cui si cresce e dalle esperienze relazionali, all'interno della famiglia o della socialità. «Siamo convinti quindi, innanzi tutto come adleriani, ma supportati oggi anche da una serie esaustiva di ricerche che, al di là di richiami biologici sicuramente in parte presenti, sia imponente la forza della cultura e dell'ambiente nel determinare a cascata le differenze di ruolo sessuale. Gli stereotipi legati al ruolo sessuale sottolineano ancora assai concordemente alcune caratteristiche comportamentali legate all'uomo e alla donna. In realtà attualmente ci troviamo in una situazione di grandi variazioni in cui sono presenti nella dinamica dei ruoli sessuali molte espressioni nuove e originali» (Ponziani, 1993a, p. 31).

L'oggetto dei desideri e degli impulsi sessuali ne indica il suo *orientamento sessuale*: può essere eterosessuale, omosessuale o bisessuale. Nella sua rivoluzionaria visione, Alfred Kinsey et al. (1948, 1953) propongono un modello in contrasto con la visione polarizzata e statica di eterosessualità e omosessualità, che fino a quel tempo era al centro, e introduce sfumature dinamiche e variabili della sessualità, sia tra gli individui sia nello stesso individuo, secondo circostanze legate all'ambiente e/o all'età. Già nel Primo e poi nel Secondo Rapporto Kinsey, la sessualità con il suo orientamento viene collocata all'interno di un *continuum* di sette livelli, definito *Scala Kinsey*, che si espande da 0 = esclusivamente eterosessuale a 6 = esclusivamente omosessuale, passando da altri cinque stadi intermedi che prevedono un orientamento prevalente verso l'eterosessualità o l'omosessualità con atteggiamenti in senso contrario, più o meno occasionali.

Il *comportamento sessuale* si riferisce alle attività sessuali cui, a seguito di stimolazione, corrispondono determinate risposte fisiologiche. Compare intorno ai quindici mesi di vita ed ha il suo picco durante l'età dell'adolescenza; è influenzato dalle relazioni con gli altri, dalla cultura e dall'ambiente in cui l'individuo cresce. All'interno di questo fattore, sono importanti le fantasie sessuali e l'autoerotismo (attività sessuale compensatoria soprattutto in adolescenza).

II. Sessualità e Transessualismo: il Disturbo di Identità di Genere (DIG)

La persistente preferenza per il ruolo e per il genere del sesso opposto e la conseguente sensazione di essere nati con un'identità sessuale sbagliata, nel *Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali edizione IV-TR (DSM IV-TR, 2000)*, è definito *Disturbo dell'identità di genere* (*DIG*). Il disagio per il proprio sesso biologico è definito *Disforia di genere*. Si tratta di individui che tendono a vivere come membri del sesso opposto e da adulti arrivano a chiedere il trattamento ormonale e/o chirurgico per ottenerne le caratteristiche anatomiche e biologiche, arrivando a legalizzare anche la variazione anagrafica.

Nei maschi, la prevalenza è 1/10.000 e l'orientamento sessuale è nel 50% omosessuale e nel 50% eterosessuale. Nelle femmine, la prevalenza è di 1/30.000 e l'orientamento sessuale è nel 100% omosessuale. I dati epidemiologici, tuttavia, non sono certi poiché il fenomeno del transessualismo è tuttora ancora difficile da stimare.

Nonostante siano diversi decenni che la Comunità Scientifica s'interroga sul transessualismo e

lo studia, la sua eziologia è ancora incerta. «Le cause del transessualismo e le possibili fonti dalle quali il desiderio di cambiare sesso può scaturire rappresentano probabilmente la parte più controversa, enigmatica ed oscura della sessuologia» (Braida & Marvasi, 1985). Oggi si tende verso una lettura multifattoriale del fenomeno, e il modello più accreditato è quello bio-psico-sociale (Anglesio, 1996; Bianconi, 2014; Braida & Marvasi, 1985; Fassino, Abbate Daga & Leombruni, 2007; Mascetti, Balzani & Maiullari, 1986; Mascetti & Braida, 1987; Ponziani, 1993a, 1993b; Rovera, 1987), ma il dibattito attuale è ancora molto acceso.

Negli ultimi anni, molti studi ne hanno messo in risalto le evidenze biologiche, senza tuttavia riuscire ad escludere l'importanza dei fattori psicologici, sociali e culturali. I fattori psicosociali già riconosciuti come evidenza nel transessualismo nell'infanzia e che contribuiscono al suo sviluppo sono, per esempio: l'assenza di modelli di ruolo dello stesso sesso; incoraggiamenti espliciti nel contesto familiare verso comportamenti appartenenti al ruolo del sesso opposto; violenza sessuale in età infantile.

La diagnosi differenziale è molto importante, poiché i *DIG* devono essere ben differenziati dai deliri psicotici di appartenenza all'altro sesso e/o di essere in possesso di organi sessuali dell'altro genere.

Secondo il DSM IV-TR, la principale caratteristica del disturbo che conduce alla diagnosi è: «il persistente e intenso disagio nei confronti del proprio sesso e il desiderio di appartenere al sesso opposto, attraverso l'abbigliamento, l'assunzione di ruolo, fino al rifiuto delle caratteristiche sessuali primarie e secondarie» (Fassino, Abbate Daga & Leombruni, 2007, p. 335).

I transessuali sono individui che vivono una situazione di forte stress, «da bambini vengono scartati, da adolescenti spesso tentano il suicidio e da adulti talvolta possono ricorrere ad atti di automutilazione dei genitali. Il pensiero di essere nato nel corpo sbagliato si trasforma in una ossessione costante» (*Ibid*., p. 336). In età adulta, il decorso cronico è quasi sempre associato al travestitismo. L'affettività è spesso caratterizzata da umore depresso e da propositi di suicidio e sono frequenti comportamenti aggressivi verso parti del corpo connotate sessualmente.

III. L'adeguamento dei caratteri sessuali e la perizia di accertamento

La Legge 164 del 14 aprile 1982 disciplina la procedura necessaria per ottenere il cambiamento del proprio sesso. L'adeguamento dei caratteri sessuali avviene mediante un trattamento medico-chirurgico che può essere effettuato solo dopo specifica sentenza di autorizzazione del Tribunale e deve essere preceduto da un periodo di prova di tre-dodici mesi, chiamato "test di vita reale", in cui il paziente assume l'identità dell'altro sesso e riceve trattamenti ormonali. Le terapie ormonali permettono ai maschi, attraverso gli estrogeni, di accrescere il volume del seno e di ottenere tratti femminili e alle femmine, attraverso il testosterone, di accrescere la massa muscolare e approfondire la voce.

L'intervento chirurgico consiste per i maschi nell'asportazione chirurgica del pene e nella costruzione di una vagina e per le femmine nell'asportazione chirurgica delle ovaie e dell'utero e nella costruzione di un pene artificiale. Con la sentenza passata in giudicato che accoglie la domanda di rettificazione di attribuzione di sesso il Tribunale ordina all'ufficio di stato civile del comune dell'atto di nascita di effettuare la rettificazione nel relativo registro.

La sentenza d'idoneità a procedere per la riassegnazione chirurgica del sesso (RCS) è decretata dal Giudice istruttore, quando è necessario, dispone con ordinanza l'acquisizione di una consulenza intesa ad accertare le condizioni psico-sessuali dell'interessato e nomina un Consulente Tecnico d'Ufficio (CTU) che svolge una serie di indagini per rispondere al quesito dell'ordinanza.

Nel periodo compreso tra il 2010 e il 2014 io sono stata nominata come collaboratore esperto nei test psicodiagnostici, dal CTU incaricato dal Giudice al fine di effettuare la Perizia di valutazione delle condizioni psicosessuali di tre interessati ad effettuare l'adeguamento dei caratteri sessuali; il mio compito era quello di somministrare dei test e di effettuare una relazione che sarebbe stata integrata alla più complessiva indagine psichiatrica. Con lo psichiatra si è concordata una valutazione che comprendesse tre strumenti diagnostici: il *Test di Rorschach, il Bem Sex Role Inventory (BSRI) ed il Millon Clinical Multiaxial Inventory-III (MCMI-III)*.

Inoltre, nel 2013 sono stata contattata da un privato il cui psichiatra Consulente Tecnico di Parte (CTP) aveva richiesto una valutazione attraverso il test di Rorschach per poter avviare la procedura burocratica che consentisse d'iniziare le terapie ormonali, propedeutiche al successivo adeguamento chirurgico dei caratteri sessuali. Anche in questa situazione si è scelto di effettuare gli stessi tre strumenti diagnostici di cui sopra.

III. 1. Il Test di Rorschach

Il Test di Rorschach costituisce, indubbiamente, la tecnica proiettiva più nota e diffusa, e al contempo la più discussa. Come ogni tecnica proiettiva, l'ipotesi su cui si fonda il *Test di Rorschach* è che il modo in cui l'individuo percepisce e interpreta le macchie d'inchiostro, il modo in cui *struttura* un materiale scarsamente strutturato, rispecchia gli aspetti fondamentali del proprio funzionamento psicologico. Le dieci tavole del test funzionano come una specie di schermo sul quale l'individuo *proietta* le caratteristiche specifiche della propria personalità: idee, atteggiamenti, bisogni, ansietà, conflitti, etc. (Anastasi, 1954). La particolare efficacia dei test proiettivi in generale e del test di Rorschach in particolare risiede nel rivelare gli aspetti non manifesti, latenti o inconsci, del funzionamento e della struttura della personalità, la qualità dell'intelligenza, la dinamica dell'emotività e dell'affettività, il senso di realtà e il contatto col reale. Le risposte al test, inoltre, possono fornire specifici e ben definiti riferimenti rispetto ai processi psicologici, normali e patologici, della struttura della personalità dell'individuo e del suo funzionamento (Beizman, 1966; Bohm, 1969; Chabert, 1983, 1987, 1998; Di Nuovo, 1989; Freilone, 2005; Gaido, 1987; Klopfer & Davidson, 1962; Lerner, 1998; Loosli-Usteri, 1969; Nielsen & Zizolfi, 2005; Parenti & Pagani, 2006; Rapaport et al., 1981; Rausch de Trauberberg, 1970; Rorschach, 1921; Schafer, 1954).

Il test di Rorschach è riconosciuto come uno strumento privilegiato, anche se non utilizzato da solo, per lo studio del *DIG* e nella valutazione dell'idoneità alla *RCS* (Affatati et al., 2012; Liotti et al., 2013; Morgan & Viglione, 1992; Passi & Passi Tognazzo, 1999a, 1999b; Zucker et al., 1992).

Nel contesto di questo *screening*, il test di Rorschach vuole mettere in luce l'identificazione sessuale, la rappresentazione e l'immagine di Sé oltre all'affettività e al funzionamento della personalità.

III. 2. Il Bem Sex Role Inventory (BSRI)

Il Bem Sex Role Inventory (BSRI) (De Leo & Villa, 1986) è il primo test espressamente concepito per fornire i punteggi di Mascolinità e di Femminilità su due Scale non tra loro concettualmente opposte. Il fondamento teorico alla base del test è che in uno stesso individuo possano coesistere comportamenti sia maschili sia femminili. Il presupposto da cui parte il BSMI è che l'individuo sessualmente *tipizzato* abbia interiorizzato gli standard considerati socialmente desiderabili per i membri del sesso di appartenenza. Le scale del BSMI forniscono punteggi che sono una misura di variabili *normative*, relativa alla desiderabilità sociale per l'uno e per l'altro sesso.

Il BSMI è composto da 60 *items*, ciascuno dei quali è costituito da un aggettivo o da una piccola frase che indica caratteristiche di personalità di cui 20 sono stereotipicamente maschili, 20 stereotipicamente femminili e 20 considerati *items* riempitivi. Per ciascun *item*, viene invitato l'esaminato a indicare l'intensità con la quale ritengono che ciascun *item* lo descriva utilizzando un punteggio su una scala a 7 punti.

Nel contesto di questo *screening*, il test è stato utilizzato con l'obiettivo di fornire un'indicazione sul ruolo sessuale che l'individuo ha interiorizzato.

III. 3. Il Millon Clinical Multiaxial Inventory-III (MCMI-III)

Il Millon Clinical Multiaxial Inventory-III (MCMI-III) è uno strumento clinico per la valutazione dei disturbi di personalità che corrisponde ai criteri dei disturbi descritti nel DSM-IV (Zennaro et al., 2008a; 2008b). Il fondamento teorico alla base dell'inventario è quello evoluzionistico, che concepisce i disturbi della personalità come costrutti evolutivi derivanti dall'interazione tra individuo e ambiente e dal peso che quest'ultimo esercita nel determinare il comportamento della persona. Le scale cliniche sono raggruppate in categorie specifiche che riflettono la distinzione tra Asse I e Asse II del DSM-IV; i sintomi psichiatrici sono distinti dalle disposizioni stabili della personalità; le scale sono raggruppate secondo il livello di gravità psicopatologica; ciascun Asse è composto da dimensioni che riflettono le principali sindromi dalle meno alle più gravi.

L'inventario è composto da 175 *item* a risposta dicotomica (vero/falso) e nel profilo si evidenziano 4 indici di correzione e 24 scale. Nel contesto di questo *screening*, l'inventario è stato inserito a supporto del test di Rorschach.

Il presente lavoro vuole mettere in rilievo quanto emerso dagli strumenti diagnostici utilizzati e condividere alcune riflessioni in merito. Le valutazioni effettuate sui quattro casi clinici (di cui si sono utilizzati nomi d'invenzione, utilizzando nomi che hanno un carattere unisex) sono riportati interamente.

IV. Casi clinici

IV. 1. Andrea (FtoM)[1]

Andrea, al momento della valutazione, ha 27 anni è nata biologicamente femmina ma ritiene di appartenere a un'identità di genere maschile; ha conseguito la maturità superiore ed è studente universitaria, in procinto di effettuare la laurea triennale.

All'esame obiettivo Andrea appare fisicamente esile e di media altezza; i capelli sono corti e l'abbigliamento è sportivo (jeans, maglietta e felpa) e molto largo (una o due taglie in più della sua) quasi a volere nascondere le sue forme. Nonostante i connotati esterni siano stereotipicamente maschili, nei movimenti del corpo e del volto, nella gestualità e, in parte, nel timbro della voce traspare chiaramente la sua femminilità.

Il Test di Rorschach

L'atteggiamento di Andrea durante il test, il numero complessivo delle risposte (R = 22) e la tipologia delle risposte fanno ritenere il test valido.

Da un punto di vista qualitativo, l'intelligenza è *normale* e il suo rendimento appare in linea. Dal protocollo si riscontrano ridotte capacità di pensiero sistematico (Successione Rilassata), di precisione e di senso critico (G+%↓ - Ban%↓); emergono alcuni limiti anche nella capacità di contatto intellettuale con l'ambiente (Ban%↓).

L'attitudine intellettiva è di tipo teorico-astratta; il pensiero è prevalentemente astratto con tendenza a trascurare le cose concrete e i particolari della vita quotidiana (Tipo d'apprensione = G (D)).

L'affettività *interiore* appare parzialmente adattata; tuttavia, possono verificarsi situazioni in cui il controllo adattivo perde di efficacia (FC=2 – FC-=1) e situazioni in cui l'espressione dell'affettività è impulsiva, tali *scariche* possono essere poco numerose, ma particolarmente *esplosive* (C=1 con K=4). Nelle sue manifestazioni *esteriori*, l'affettività è complessivamente ipercontrollata (K - G+% - F+%↑), ma quando si trova in situazioni emozionalmente intense diventa rigidamente controllata oppure è impulsiva (F+% tav.col.=100% - k=1). Il contatto affettivo è ricercato, di tipo emotivo piuttosto che intellettualizzato (H=4 – Ban%↓). Il controllo della realtà è ben conservato (IR=7).

Il tipo di risonanza intimo stimolato e/o condizionato dalla realtà esterna é tendenzialmente *ambieguale* (E.T.I= 4/3), ovvero le tendenze introversive ed estroversive, seppur con intensità contenute, sono egualmente presenti e si alternano. Invece, il tipo di risonanza intima potenziale, cioè stimolato da spinte interne, è *coartativo* (E.T.II= 2/1), segno di una debole risonanza emotiva e debole produttività personale. Questa moderata discrepanza tra i risultati delle due formule mette in rilievo una conflittualità tra le tendenze originarie e quelle attuali e andrebbe clinicamente approfondita.

Dal test emergono diversi segni di angoscia. Angoscia dell'aggressività o angoscia della propria aggressività, con conseguente rimozione (choc al rosso). Angoscia dell'angoscia o angoscia di ciò

[1] Female to Male – chi esegue una transizione con il corpo da femmina a maschio.

che non si conosce, di fronte a cui emergono profonde insicurezze della personalità e timore delle responsabilità (Choc al nero, Choc d'avvio, Fenomeno d'interferenza VIII, Gbl, Risposta "oppure"). Angoscia legata alla sessualità, con conseguente rifiuto della femminilità o della sessualità vissuta, consapevolmente o meno, come colpevole (Sex, Id:?-M-F). Angoscia di perdersi, per mancanza di sicurezza interiore (Interpretazione Asse Centrale – Gbl).

Nel complesso, l'organizzazione di personalità di Andrea è borderline, con modalità relazionali narcisistiche e con evidenti segni di psicoastenia ed è caratterizzata da infantilismo psichico (Regressione), da profonde insicurezze di base e timore delle responsabilità (Gbl - Risposta "oppure"). Al contempo, nella personalità appare un bisogno di sicurezza infantile, un bisogno di protezione paterno e la ricerca di appoggio di tipo "paterno" (Interpretazione Asse Centrale).

La sfera della sessualità appare l'area della personalità maggiormente disturbata. L'identificazione sessuale è incongrua e psicologicamente indefinita; inoltre, non presenta una connotazione psicologica identitaria, ma è legata alla presenza di elementi esterni all'identità che ne costituiscono un'indicazione (Tav. II: "non vedo indizi"), per esempio gli organi genitali (Tav.III: "donna perché ha il seno… uomo perché ha il pene); infine, è sostenuta da idealizzazioni: la potenza per il maschile (Tav.IV: "lui è imponente e dà l'idea di avere una di quelle moto imponenti da strada") e l'estetica per il femminile (Tav.VII: "sono vestite a festa con uno di quei vestiti stretti con il corpetto").

BSRI

I risultati ottenuti al BSRI, relativi ai tre punteggi di scala, mettono in rilievo un quadro definito "androginia", in cui emerge che Andrea abbia interiorizzato sia gli standard considerati socialmente desiderabili per il "maschile" sia quelli considerati socialmente desiderabili per il "femminile" (i punteggi di entrambe le scale sono superiori alla mediana del campione congiunto). Il test non evidenzia, quindi, una definita tipizzazione sessuale. Tuttavia, è da rilevare che la differenza tra i due punteggi è decisamente a favore della scala M, dunque nel complesso appare una prevalenza di interiorizzazioni di tipo "maschile".

F= 4,55 ⇒ TF = 51	M= 5,45 ⇒ TM = 64	TF - TM = +13 = 59

MCMI-III

L'indice di validità (scala V=0) permette di considerare il protocollo valido, validità confermata anche dalle altre tre scale: Apertura (scala X=50), Desiderabilità (scala Y=55) e Autosvalutazione (scala Z=38), i cui punteggi rientrano nei valori della Mediana.

Dall'analisi delle 11 scale relative alla dimensione "Pattern di personalità clinica" risulta che la personalità di Andrea corrisponde ad una Personalità con tratti *ossessivo-compulsivi* e nuclei di tipo *schizoide* e *narcisistico*; ovvero una personalità che può mostrare una vita regolare, ben organizzata e caratterizzata dalla tendenza al perfezionismo e nascondere la tendenza al giudizio e alla critica, con relazioni improntate sulla correttezza, sulla scrupolosità e sulla coscienziosità, seppur vi sia la tendenza a rimanere più in disparte che dentro le relazioni.

IV. 2.Vania (FtoM)

Vania è nata in un paese estero; al momento della valutazione ha 18 anni, è nata biologicamente femmina ma ritiene di appartenere a un'identità di genere maschile; ha interrotto gli studi alla fine della scuola media inferiore e svolge lavori occasionali.

All'esame obiettivo il fisico di Vania appare robusto ed è di media altezza; i capelli sono corti e l'abbigliamento è sportivo (jeans, maglietta). I movimenti corporei e la gestualità sono tendenzialmente spavalde e grossolane.

Il test di Rorschach

L'atteggiamento di Vania durante il test, il numero complessivo delle risposte (R = 66) e la tipologia delle risposte fanno ritenere il test valido. Da un punto di vista qualitativo, l'intelligenza è *inibita nevroticamente* (inibizione depressiva Þ FC'/C'F - Devitalizzazione) ed è inibito anche il suo rendimento. Dal protocollo si riscontrano ridotte capacità di pensiero sistematico e di disciplina logica (Successione), di precisione e di senso critico (G+%↓ - Ban%↓); emergono alcuni limiti anche nella capacità di contatto intellettuale con l'ambiente (Ban%↓).

L'attitudine intellettiva è di tipo *pratica*, fondata prevalentemente su esperienze tattili e motorie; il pensiero è prevalentemente concreto e orientato alla produzione e al rilievo dei piccoli dettagli (Tipo d'apprensione = (G) D Dd), il senso della realtà è insicuro e impreciso (G+%↓ - F+%↓).

L'affettività *interiore* appare poco adattata e prevalentemente *labile*. In alcune situazioni le sollecitazioni emotive non alterano la capacità di adattamento; in altre, le sollecitazioni che coinvolgono prevalentemente l'aggressività e la sessualità fanno cedere sia la facoltà di giudizio sia le capacità di adattamento, così l'affettività appare sottomessa a fluttuazioni vivaci che, senza misura e senza penetrare profondamente nella situazione, oltrepassa i limiti e reagisce in maniera instabile; l'umore capriccioso, l'irritabilità e l'irrequietezza che ne derivano non portano solo verso l'instabilità, ma rendono Vania facilmente accessibile alle influenze affettive di altri, ovvero alla suggestionabilità (FC=4 – CF=5 – Tipo colore Mediano – Impressione − Contaminazione).

La presenza di risposte F(c) in questo assetto (Tipo colore) apre il dubbio diagnostico di una "lotta cosciente contro i propri affetti" tipica del fenomeno di *dissociazione*, per il quale sarebbe utile un attento approfondimento clinico.

Nelle sue manifestazioni *esteriori*, il controllo dell'affettività è insufficiente (K - G+%↓ - F+%↓), e si riduce ulteriormente quando Vania si trova in situazioni emozionalmente intense (F+% tav.col.↓). Il ricercato contatto affettivo è di tipo emotivo piuttosto che intellettualizzato (H=6 – Ban%↓) e risponde a un prevalente bisogno di appoggio (H/Hd – CF). L'inibizione nevrotica coinvolge anche gli affetti, attraverso la rimozione dell'affetto e/o repressione dell'espressione dell'affetto e/o legami di amore/odio (Choc cinestesico – Choc colore – Choc allo scuro). Il controllo della realtà è conservato (IR=5).

Il tipo di risonanza intimo stimolato e/o condizionato dalla realtà esterna é *extratensivo* (E.T.I= 4/7), ovvero l'intelligenza è più stereotipata, c'è una maggiore produttività, una vita più orientata verso l'esterno, un'affettività più labile con un cerchio di relazioni più esteso e legami superficiali, una

motilità vivace e una certa spigliatezza. Anche il tipo di risonanza intima potenziale, cioè stimolato da spinte interne, è *extratensivo* anche se più *coartativo* (E.T.II= 1/4), segno di rigidità, aridità e di una certa inclinazione alla pedanteria.

Dal test emergono diversi segni di angoscia. Angoscia dell'aggressività o angoscia della propria aggressività, con conseguente rimozione (Choc al rosso). Angoscia dell'angoscia o angoscia di ciò che non si conosce, di fronte cui emergono profonde insicurezze della personalità e timore delle responsabilità (Choc al nero, Fenomeno d'interferenza VIII, Gbl, Risposta "oppure"). Angoscia legata alla sessualità, con conseguente rifiuto delle femminilità o della sessualità vissuta, consapevolmente o meno, come colpevole (Sex – Id:?/F – Choc al vuoto). Angoscia di perdersi, per mancanza di sicurezza interiore (Gbl).

Nel complesso, l'organizzazione di personalità di Vania è bordeline, con modalità relazionali di tipo narcisistico e con evidenti segni di depressione, psicoastenia e labilità, ed è caratterizzata da infantilismo psichico (Regressione), da profonde insicurezze di base e timore delle responsabilità (Gbl − Risposta "oppure"). In particolari situazioni, fortemente connotate affettivamente, si verificano cedimenti nel pensiero e nell'esame di realtà.

La sfera della sessualità appare l'area della personalità maggiormente disturbata. L'identificazione sessuale appare incongrua e psicologicamente non definita e oscilla tra un'identificazione narcisistica con il femminile e un'identificazione vaga e generica.

BSRI

I risultati ottenuti al BSRI, relativi ai tre punteggi di scala, mettono in rilievo un quadro definito "androginia", ovvero in cui emerge che Vania abbia interiorizzato sia gli standard considerati socialmente desiderabili per il "maschile" sia quelli considerati socialmente desiderabili per il "femminile" (i punteggi di entrambe le scale sono superiori alla mediana). Il test non evidenzia, quindi una definita tipizzazione sessuale.

F= 4,75 ⇒ TF = 52	M= 5,60 ⇒ TM = 52	TF - TM = 0 = 50

MCMI-III

L'indice di validità (scala V=0) permette di considerare il protocollo valido; la validità è confermata anche dalle altre due scale, Apertura (scala X=73) e Desiderabilità (scala Y=59), i cui punteggi rientrano nei valori della mediana; la scala di Autosvalutazione (scala Z=77) mette in rilievo la tendenza di Vania a criticarsi o svalutarsi, evidenziando difficoltà emotive e personali che a livello clinico potrebbero non essere facilmente visibili.

Dall'analisi delle 11 scale relative alla dimensione "Pattern di personalità clinica" risulta che la personalità di Vania corrisponde ad una Personalità con *tratti depressivi* e *nuclei* di tipo *evitante* e *negativista*; ovvero una personalità caratterizzata da tristezza, pessimismo, mancanza di gioia, incapacità di provare piacere e un certo rallentamento motorio; è presente una certa indecisione e l'oscillazione tra la deferenza e la sfida. Su un piano strutturale la Personalità di Vania presenta un *disturbo*

borderline e *tratti* di tipo *paranoide*.

Dall'analisi delle 7 scale relative alla dimensione "Sindromi cliniche" risulta la *predominanza* della sindrome *ansiosa,* e la *presenza* della sindrome *bipolare e distimica*.

L'analisi delle 3 scale relative alla dimensione "Sindromi cliniche gravi" mette in rilievo la *presenza* della sindrome *disturbo delirante*.

IV. 3. Celeste (MtoF)[2]

Celeste, al momento della valutazione, ha 31 anni è nato biologicamente maschio ma ritiene di appartenere a un'identità di genere femminile; ha conseguito una laurea magistrale ed è un libero professionista.

All'esame obiettivo Celeste appare fisicamente prestante con altezza elevata; i capelli sono lunghi e vaporosi e l'abbigliamento è elegante e molto femminile. In volto è molto truccata e le mani sono visibilmente curate con unghie lunghe e rosse. L'aspetto esterno è stereotipicamente femminile, ma la statura, i movimenti del corpo e la gestualità parlano di maschilità.

Il test di Rorschach

L'atteggiamento di Celeste durante al test, il numero complessivo delle risposte (R = 27) e la tipologia delle risposte fanno ritenere il test valido. Il rendimento intellettuale appare affettivamente inibito. Dal protocollo si riscontra scarsa capacità di pensiero sistematico (Successione Rilassata), carenza nella precisione e nel senso critico (G+%↓ - Ban%↓); inoltre, appare scarsa sia la capacità di contatto intellettuale con l'ambiente (Ban%↓), sia la capacità di contatto affettivo (K↓).

L'attitudine intellettiva è di tipo teorico-astratta; il pensiero è prevalentemente astratto con tendenza a trascurare le cose concrete della vita quotidiana (Tipo d'apprensione = G (D) Dd). Anche il pensiero può manifestare segni d'inibizione, condizionata da un umore depressivo (Do). La forte ambizione a farsi valere e a fare le cose al meglio possibile (G%↑) non appare sufficientemente supportata da una reale capacità realizzativa (G+%↓).

L'affettività appare labile, irrequieta ed egocentrica; l'adattamento affettivo, seppur desiderato e ricercato, non si realizza con efficacia. Si tratta di un'affettività con segni d'impulsività e sottomessa a fluttuazioni vivaci, che non penetra profondamente nelle situazioni, oltrepassa i limiti e reagisce un giorno in un modo, un giorno in un altro. Può ricercare l'altro con facilità ed esserne facilmente influenzato; la suggestionabilità è di tipo estensivo, ovvero è facilmente raggiungibile ma poco durevole. L'espressione di contatto affettivo potrebbe essere apparente, quale copertura di una profonda sensibilità schizoide e di una profonda paura di entrare in profondità. Inoltre, la presenza di sentimenti positivi e negativi, internamente mescolati, può portare verso il non vivere serenamente la propria vita emotiva (k - F+%↓ - CF↑ - FC<(CF+C) - F(C) - De - FC/FC').

Nella vita affettiva, appare un certo turbamento (A=Ad), una forte immaturità (A%>H% - Pt - Nat - Autoriferimenti), un certo irrigidimento nell'atteggiamento di ostinazione, un'inibizione del-

[2] *Male to Female* – chi esegue una transizione con il corpo da maschio a femmina.

la passiva impotenza di fronte alle impressioni esterne (Dbl = 2), una scarsa capacità di controllo (G+%↓ - F+%↓ - K = 1) e un'evidente difficoltà nel gestire le emozioni (F+% tav.col.=0). Segni di oppositività e di aggressività sono ben visibili (Choc al rosso - Dbl - R. "fuoco"); considerando che non ci sono risposte a contenuto aggressivo, ma solo immagini infantili e di collaborazione, possiamo presumere che l'aggressività sia non consapevole e non rappresentata.

Di fronte ad un pessimismo disperato, Celeste tende al diniego, alla fuga, rifugiandosi in un umore euforico, confabulato, dunque non autentico (Proiezione colore Tav.V – Successione Rilassata).

Nei confronti delle relazioni affettive appare un profondo disinvestimento e un'evidente incapacità a stare all'interno di relazioni adulte e paritarie (Regressioni - H%↓).

Rispetto all'attuale modo di sentire e vivere intimamente, Celeste è prevalentemente estroversivo (E.T.I= 1/7), ovvero: intelligenza più stereotipata, tendenza alla riproduttività piuttosto che alla creatività, vita orientata verso l'esterno, affettività più labile, adattamento alla realtà e contatto più estensivo che intensivo, ma con legami affettivi più superficiali. Invece, rispetto al potenziale modo di sentire e vivere intimamente, entrambe le forze psichiche, introversive ed estroversive, sono equamente rappresentate (E.T.II= 2/2). Questa rilevante discrepanza tra i risultati delle due formule, che mette in rilievo una conflittualità tra le tendenze originarie e quelle attuali, andrebbe clinicamente approfondita.

Nonostante la prevalenza a rispondere alle sollecitazioni dell'ambiente, appare una bassa disponibilità ad accogliere nuovi stimoli e una consistente tendenza a rispondere allo stesso modo anche al variare delle stimolazioni (Perseverazioni di R.). Inoltre, di fronte a situazioni nuove, appare un'iniziale profonda insicurezza, con difficoltà di controllo affettivo e un successivo adattamento banale (Tav. I), mentre, nelle situazioni emozionalmente nuove, appare un iniziale adattamento socio-affettivo banale e una successiva difficoltà di controllo affettivo (Tav.VIII).

Nella personalità di Celeste, organizzata su un livello borderline, si presentano profonde insicurezze di base, infantilismo psichico (Regressione), una mancanza di sicurezza nel giudizio, timore delle responsabilità e pedanterie di tipo ossessivo (Gbl=2 − Risposta in Forma Interrogativa − Risposta "Oppure"). Al contempo, si evidenziano un infantile bisogno di sicurezza, un bisogno di protezione, sia paterno che materno, e una ricerca di appoggio di tipo "paterno" (Choc al Vuoto - Interpretazione Asse Centrale - R. Tav.IX). Si presentano ansia, insicurezza e conflitti con la figura "paterna" e l'autorità in generale (R. Tav. IV) e profonde difficoltà verso la virilità (G_{limi}t. Tav. IV).

La sfera della sessualità appare l'area della personalità maggiormente disturbata. L'identificazione è con il femminile (U Tav.III), soprattutto per una evidente idealizzazione del femminile e della femminilità, ma si evidenzia anche una grande confusione nella percezione sessuale e nell'immagine corporea (asse centrale interpretato come "vagina" e "fondo schiena"). Appaiono problemi sessuali non risolti ed è probabile che la vita sessuale sia inibita (Sex.); si presentano angoscia di castrazione, paura del contatto femminile e fuga dalla sessualità (Stupore Sex.); infine, vi è un'evidente paura sessuale, paura dell'uomo (Choc allo scuro). Al contempo, appare una profonda angoscia della donna e degli organi sessuali femminili, espressione di rapporti turbati con la figura "materna" (Choc al vuoto).

Nel protocollo colpisce la presenza contemporanea del diniego (Proiezione di Colore) e le risposte sessuali (Sex.) nella Tav. V (Tavola dell'Immagine corporea) e soprattutto nella Tav. VI (Tavola sessuale); tale aspetto andrebbe clinicamente approfondito.

BSRI

I risultati ottenuti al BSRI, relativi ai tre punteggi di scala, mettono in rilievo un quadro definito "androginia", in cui emerge che Celeste abbia interiorizzato sia gli standard considerati socialmente desiderabili per il "maschile" sia quelli considerati socialmente desiderabili per il "femminile" (i punteggi di entrambe le scale sono superiori alla mediana del campione congiunto). Il test non evidenzia, quindi, una definita tipizzazione sessuale. Tuttavia, è da rilevare che la differenza tra i due punteggi è decisamente a favore della scala F, dunque nel complesso appare una prevalenza di interiorizzazioni di tipo "femminile".

F= 6,25 ⇒ TF = 74	M= 5,25 ⇒ TM = 61	TF - TM = +13 = 59

MCMI-III

L'indice di validità (scala V = 0) permette di considerare il protocollo valido, validità confermata anche dalla scala Apertura, con il suo punteggio compreso tra 34 e 178 (scala X = 45).

Al test Celeste ha teso a porsi nella luce migliore, cioè in una posizione in cui potesse apparire personalmente attraente (scala Y = 100) ed ha negato ogni autosvalutazione (scala Z = 0). Per la caratterizzazione dei suddetti "Indici di modifica" (scale X, Y, Z), è probabile che Celeste abbia nascosto alcuni aspetti delle proprie difficoltà psicologiche o personali. Inoltre, i valori riportati alle tre scale della dimensione "Grave patologia della personalità", tutte pari a 0 (zero), lascia aperta la possibilità di un profilo di personalità "Falsamente Buono". Durante la somministazione del test, Celeste ha fatto molte domande volte ad accertarsi dell'esatto significato dell'*item*, mostrando una chiara preoccupazione ad un'eventuale accezione negativa della risposta da lui scelta.

Dall'analisi delle 11 scale relative alla dimensione "Pattern di personalità clinica" risulta che la personalità di Celeste corrisponde ad una Personalità *ossessivo-compulsiva con marcati tratti istrionici e narcisistici,* ovvero con grande abilità nel manipolare i problemi, nel negare le difficoltà e nel presentarsi sotto una luce favorevole, incontrando difficoltà nell'ammettere proprie debolezze e propri difetti.

IV. 4. Maria (MtoF)

Maria, al momento della valutazione, ha 42 anni è nato biologicamente maschio ma ritiene di appartenere a un'identità di genere femminile; ha conseguito la maturità superiore e svolge un lavoro dipendente. All'esame obiettivo Maria appare fisicamente corpulento e di media altezza; i capelli sono corti e l'abbigliamento è semplice e curato (pantaloni, camicia e pullover). I suoi connotati esterni, i movimenti del corpo e la gestualità sono a carattere maschile.

Il test di Rorschach

L'atteggiamento di Maria durante il test, il numero complessivo delle risposte (R = 27) e la tipologia delle risposte fanno ritenere il test valido. Il rendimento intellettuale appare inferiore (G<5

- F+<60 - K=0). Dal protocollo si riscontra mancanza di precisione e carenza di senso critico (G+%↓ - Ban%↓), appare insufficiente la capacità di contatto intellettuale con l'ambiente (Ban%↓) così come la capacità di contatto affettivo (K=0).

Da un punto di vista qualitativo, le risorse intellettive sono orientate verso dettagli e/o piccoli dettagli, perdendo di vista l'insieme, e sono rivolte in oppositività all'ambiente (Tipo d'apprensione = (G) D Dd Dbl).

Il pensiero è superficiale, manca di precisione ed è carente il senso critico; inoltre, il pensiero è confabulato, inesatto (G+%↓ - DG-).

L'affettività appare fortemente immatura ed impulsiva; prevale l'incontrollabilità affettiva con relativo rischio di *acting-out*, ovvero l'espressione dell'affettività ha come fine la scarica dell'affetto, lo sfogo; le scariche possono essere frequenti, quasi continue ma deboli; tutto questo in un funzionamento psichico orientato al rifiuto della propria introversività, interiorità. Inoltre, è presente ipersensibilità e vulnerabilità, e si possono verificare tentativi di dissimulazione (CF+C>FC - C=3 - K=0 - FC'/C'F/C').

Nella vita affettiva, appare un certo irrigidimento nell'atteggiamento di ostinazione, inibizione della passiva impotenza di fronte alle impressioni esterne e segni di oppositività (Dbl = 2), scarsa capacità di controllo (G+%↓ - F+%↓ - K = 0) e un'evidente difficoltà nel gestire le emozioni (F+% tav.col.↓). Il disagio di fronte all'affettività porta alla fuga nei particolari (cavillosità) e il disagio di fronte a stimoli ansiogeni o angoscianti porta a una lotta contro la propria impressionabilità (Dd Tav. Col. - Dd Tav.VI).

Nei confronti delle relazioni affettive appare un profondo disinvestimento con tendenza a fantasticare e un'evidente incapacità a stare all'interno di relazioni (H%↓ - (H)=2); il disinvestimento potrebbe essere l'esito della profonda angoscia di contatto affettivo e relazionale (Choc cinestesico) e di profonde difficoltà ad integrare gli affetti nella propria vita mentale (Colore arbitrario).

L'aggressività appare disturbata: non è integrata ma tende a farsi strada attraverso l'organizzazione difensiva, quindi agita senza consapevolezza; si rileva un'evidente sensibilità alle situazioni di pericolo o di minaccia ed una ridotta resistenza agli stress, al dolore, al rischio, all'aggressività esterna; assume forme arcaiche ed è di tipo impulsivo (Cont. Aggressivi - Attrazione al Rosso).

La sfera della sessualità appare particolarmente disturbata. L'identificazione non è definita, soprattutto per un profondo e precoce ritiro dell'investimento affettivo-relazionale e per il profondo disturbo da contatto nei rapporti umani (Choc cinestesico - (H)). La vita sessuale è problematica e le inibizioni sono molto probabili (Sex.); appare angoscia di castrazione, paura del contatto femminile e fuga dalla sessualità (Stupore Sex.); infine, vi è un'evidente paura del maschile (Choc allo scuro - Choc Tav.IV).

Rispetto all'attuale modo di sentire e vivere intimamente, Maria appare di tipo estroversivo puro (E.T.I= 0/6), ovvero: intelligenza stereotipata, tendenza alla riproduttività piuttosto che alla creatività, vita orientata verso l'esterno, affettività più labile, adattamento alla realtà e contatto più estensivo che intensivo, ma con legami affettivi più superficiali. Invece, nel potenziale modo di sentire e vivere intimamente, entrambe le forze psichiche, quelle introversive e quelle estroversive, sono assenti, segno di carenze molto precoci (E.T.II= 0/0).

L'esame di realtà è debole e il controllo della realtà è labile; domina il pensiero interno e appare

la tendenza a forzare la realtà verso i propri desideri senza tenere conto della situazione reale (G+%↓ - DG- - F+%↓ - Ban%↓).

L'indice di realtà (IR:4) indica un rapporto turbato con spazio, tempo e valori, un isolamento dal mondo esterno in una personalità debole soggetta a una pressione istintiva e proiettata in un mondo irreale.

La personalità di Maria appare fortemente disturbata da profonde difficoltà emotive, affettive e relazionali; l'organizzazione è psicotica ed è pervasa dall'angoscia dell'angoscia. Appare stabile e rilevante la tendenza ad attribuire agli altri la colpa dei propri insuccessi per paura di assumersi la responsabilità come anche a proiettare all'esterno le proprie difficoltà. Nel funzionamento della personalità appare un impegno attivamente orientato verso una ricerca di relazioni tra le parti della realtà che porti alla conferma dei propri sospetti, arrivando anche a costruire collegamenti irreali e, spesso, deliranti o ricorrendo a violazioni della realtà attraverso il pensiero magico. Il confine tra realtà interna e realtà esterna ha delle cadute di labilità. Le difese sono primitive, elaborate da razionalizzazioni di tipo paranoideo (Illusione di somiglianza − Confabulazioni II, III livello − Logica inadeguata − R. di trasformazione − Autoriferimento).

BSRI

I risultati ottenuti al BSRI, relativi ai tre punteggi di scala, mettono in rilievo un quadro definito di "femminilità", ovvero nel test Maria ha teso ad autodescriversi come portatore di caratteristiche stereotipicamente considerate ideali per una femmina, aderendo agli standard femminili socialmente desiderabili.

F= 5,65 ⇒ TF = 66	M= 3,20 ⇒ TM = 33	TF - TM = -33 = 27

MCMI-III

L'indice di *Validità* (scala V = 0) consente di scartare la possibilità che Maria abbia segnato le sue risposte "a caso". L'indice di *Apertura* (scala X = 33), con il suo punteggio inferiore al *range* medio (34-178), indica che il *protocollo non è valido*; il punteggio riportato in questa scala mostra un atteggiamento riluttante nel fornire le risposte, reticente a scoprirsi e restio a parlare di sé.

Al test Maria ha teso a porsi nella luce migliore, cioè in una posizione in cui potesse apparire personalmente attraente, moralmente virtuoso ed emotivamente ben controllato (scala Y = 75) ed ha teso a negare ogni autosvalutazione (scala Z = 34).

Per la caratterizzazione dei suddetti "Indici di modifica" (scale X, Y, Z), in linea con le valutazioni della Letteratura, Maria ha riportato un punteggio elevato solo in una scala di personalità (Ossessivo-Compulsivo), così da apparire coscienzioso.

Dall'analisi della Validità del test si rileva che il *protocollo non è valido*. Quindi, quanto segue ha solo un carattere descrittivo, non clinico-valutativo.

Dall'analisi delle 11 scale relative alla dimensione "Pattern di personalità clinica" risulta che la personalità di Maria corrisponde ad una Personalità *ossessivo-compulsiva.*

V. Considerazioni conclusive

Dalle seguenti considerazioni conclusive si lascia da parte il caso di Maria poiché, per la sua organizzazione psicotica della personalità, si esclude la diagnosi di Disturbo dell'Identità di genere (DSM IV-TR, 2000) che, invece, è confermata per Andrea, Vania e Celeste, i cui profili di personalità emersi ai test mostrano diversi elementi sovrapponibili tra loro.

La prima considerazione a carattere generale è che le valutazioni di Andrea, Vania e Celeste mettono in luce un'organizzazione di personalità che si colloca a un livello intermedio, dunque borderline (Freilone, 2005; Kernberg, 1984; Lerner, 1998; Lowen, 1983; Mc Williams, 2011; Miller, 1996). Si tratta di un'organizzazione di personalità caratterizzata da insicurezze di base nel senso di sé, da immaturità e da instabilità affettiva e da difese finzionali arcaiche. A livello profondo, quindi, l'identità non è ben integrata.

Pur essendo di livello intermedio, nel complesso, l'organizzazione di personalità sembra avere una sua tenuta. Sono, infatti, visibili gli elementi che collocano il suo funzionamento più verso il confine nevrotico che quello psicotico: per esempio, il controllo della realtà e/o il controllo razionale dell'affettività. Tuttavia, l'assetto del funzionamento si modifica sensibilmente nell'area specifica della sessualità, nella quale si registra una rilevante caduta nella tenuta verso il livello più basso di organizzazione, quindi verso il confine psicotico. In quest'area, l'identità è più diffusa, l'esame di realtà come la facoltà di giudizio mostrano un cedimento e l'angoscia raggiunge i suoi massimi livelli di interferenza.

Nel processo evolutivo di stabilizzazione dell'identità, l'identificazione ha un importante ruolo poiché essa è considerata l'azione di chi ricerca l'identità di se stesso. Etimologicamente essa significa "essere dentro a", "essere al posto di", "essere uguale a" (Chabert, 1987; Fassino & Ferrero, 1982; Lerner, 1998; Sanfilippo, 1998). Per Andrea e Vania l'identificazione sessuale appare incongrua, indefinita e, soprattutto, fa leva su idealizzazioni e su indicatori esterni non sui più stabili aspetti psicologici dell'identità. Per Celeste l'identificazione sessuale è centrata su aspetti idealizzati del femminile e della femminilità e vi è confusione nella percezione sessuale e nell'immagine sessuale del corpo.

In parallelo, Andrea, Vania e Celeste non mostrano neppure una tipizzazione sessuale ben definita rispetto al ruolo: tutti hanno interiorizzato entrambi gli standard di comportamento ritenuti socialmente desiderabili per il femminile e il maschile. La situazione maggiormente indefinita è quella di Vania; per Andrea e Celeste la prevalenza di tipizzazione va, rispettivamente, verso il maschile e il femminile, cioè verso un ruolo sessuale ritenuto quello della propria identità di genere. L'unico caso in cui la tipizzazione sessuale corrisponde all'identità di genere ritenuta propria è Maria (che si è escluso da queste considerazioni conclusive poiché la sua organizzazione di personalità è di terzo livello); tuttavia, anche in questo esame diagnostico la sfera della sessualità mostra le stesse caratteristiche e difficoltà precedentemente analizzate.

Nella sfera della sessualità, dunque, i test mettono in rilievo un assetto profondo della personalità che non corrisponde esattamente alle convinzioni consapevoli che ciascuno di loro difende con forza. Infatti, Andrea, Vania e Celeste (analogamente ad altri transessuali) ritengono di avere una chiara e definita identità di genere e che questa non corrisponda per nulla alla propria identità sessuale biologica; inoltre, ritengono di essersi identificati con il ruolo sessuale corrispondente alla propria identità di

genere e non alla propria identità sessuale biologica. La mancata integrazione del proprio Sé, quindi, ha un'origine molto più profonda e inconsapevole della propria personalità; la dimensione corporea appare come la punta di un iceberg.

Alla luce di questi risultati, la convinzione di ciascuno di loro di aderire a un'identità di genere ben definita assume il carattere di una *finzione rafforzata*, proprio per compensare con efficacia la *penosa sensazione d'indefinitezza* che produce la mancata integrazione identitaria delle loro organizzazioni di personalità; la forza e la grande determinazione con cui Andrea, Vania e Celeste portano avanti il riconoscimento e la realizzazione della propria identità di genere sembra più l'esito di un'*ipercompensazione* (Adler, 1912, 1920, 1933; Ansbacher & Ansbacher, 1956; Casonato, 2011; Parenti, 1983).

Una seconda considerazione riguarda l'area affettivo-relazionale. Andrea, Vania e Celeste mostrano un'affettività immatura, labile e impulsiva e difficoltà a gestire le emozioni, caratteristiche che possono essere mascherate da un'evidente tendenza al controllo e talora anche all'ipercontrollo. Il contatto affettivo è ricercato, ma è di tipo emotivo ed egocentrato, quindi fortemente legato ai propri bisogni e alla loro realizzazione. Anche i segni di angoscia sono sovrapponibili nelle tre valutazioni: angoscia rimossa dell'aggressività e della propria aggressività; angoscia dell'angoscia; angoscia legata alla sessualità e angoscia di perdersi. In sintesi, le caratteristiche dell'area affettivo-relazionale della personalità di Andrea, Vania e Celeste corrispondono ai tratti distintivi delle modalità narcisistiche.

La natura finzionale di queste modalità sono oramai ampiamente confermate; si tratta di una *finzione fittizia* che consente di realizzare il proprio bisogno di contatto relazionale, bypassando le profonde difficoltà ad entrare in contatto autentico con un "altro" da sé (Adler, 1912, 1920, 1933; Ansbacher & Ansbacher, 1964; Ellenberger, 1970; Kernberg, 2005; Lowen, 1983, 1985; Miller, 1980, 2004; Parenti, 1983).

Un bisogno è *compensatorio* rispetto alla penosa e profonda angoscia di solitudine e di diversità ed è anche espressione della dinamica del potere creativo di un individuo (Callina, 2015; Stein, 2015). «Il narcisista non riconosce l'esistenza dell'altro, ma paradossalmente il narcisismo "compiuto" richiede la presenza di una relazione d'oggetto, con un oggetto che però non è riconosciuto come tale, ma che serve al soggetto per mantenere l'illusione di potere fare a meno di qualunque oggetto. Così tra i due membri della relazione narcisistica scorre una comunicazione, anche se vuota, un discorso che non trasmette niente. Detto in altri termini, il narcisista non instaura una vera relazione con l'altro, ma lo usa per l'utilità che esso può avere per la propria identità e per il sostegno della sua autostima. L'altro è lì per essere usato per i propri bisogni» (Bianconi, 2014, p. 65).

È anche ampiamente riconosciuto e confermato che nell'evoluzione di queste difficoltà hanno un ruolo rilevante e cruciale l'ambiente e le esperienze infantili, unitamente a un'educazione che toglie al *bisogno di tenerezza* persino le soddisfazioni previste dalla cultura, lasciando il bambino solo con la propria perduta ricerca di amore (Adler, 1908b; Ferrigno, 2006).

Privato del fondamentale e vitale bisogno di sentirsi amato, al bambino non rimane nient'altro che la propria persona quale scopo della propria ricerca; tutto ciò che appartiene al *sentimento sociale* è limitato nella sua naturale tendenza all'espansione e resta ancorato alla sua forma primitiva: prevalgono solo le *tendenze di soddisfazione* che hanno per oggetto il proprio *Sé*, in tutte le forme in cui esse possono rendersi concrete. In alternativa o in simultanea, il bambino assume una posizione

aggressiva, nutrendo odio e covando profondo rancore verso il proprio mondo esterno, dunque anche verso il proprio corpo. La mancata soddisfazione del vitale bisogno di tenerezza impedisce all'individuo il fisiologico espandersi di tutte le funzioni umane ricevute come *dote* e lascia *impressa* in modo indelebile la sua impronta nello Stile di vita e in tutte le sue manifestazioni.

La profonda sofferenza, emotivamente vissuta ma *negata*, è *compensata* nella malattia e/o nelle disfunzioni della personalità ed è spesso il corpo che, conservandone il ricordo, grazie a un processo di *dissociazione*, la rende manifesta attraverso i suoi messaggi (Adler, 1908a, 1908b, 1912, 1927, 1931, 1932; Ansbacher & Ansbacher, 1982; Liotti & Farina, 2011; Lowen, 1980, 1983, 1985; Miller, 1980, 1981, 1996, 2004; Pagani, 2006; Rispoli, 2004; Schellembaum, 1988; Solano, 2013).

Non si può escludere, quindi, che Andrea, Vania e Celeste abbiamo vissuto esperienze molto precoci che abbiano segnato profondamente lo sviluppo della propria personalità, tanto da costituire un patrimonio esclusivo della propria memoria implicita, dissociata dalla consapevolezza. «Secondo l'ottica Individualpsicologica un trauma rappresenta un'esperienza interiorizzata che cambia la visione del mondo del soggetto e l'interpretazione delle esperienze che egli ne fa, alterando il delicato gioco di equilibrio tra le istanze del sentimento sociale e dell'aspirazione alla supremazia: un'esperienza che altera lo schema appercettivo dell'individuo e l'opinione che egli ha del mondo e di se stesso, opinione solo in parte conscia. La qualità delle relazioni interpersonali dipende dalla qualità della tenerezza sperimentata nella relazione precoce madre-bambino, che è il prototipo di tutte le relazioni successive (Bianconi, 2014). «Le esperienze traumatiche intervengono sui processi di attaccamento, sulle capacità di mentalizzazione e sulle funzioni riflessive: se precoci e ripetute contribuiscono a creare alterazioni dello sviluppo e strutturazione dell'identità e quindi aprono la strada a possibili situazioni psicopatologiche e difficoltà dell'integrazione del Sé, che si manifestano soprattutto come funzionamenti alterati della personalità e deficit di mentalizzazione» (*Ibid*., p. 66).

Un'ultima considerazione riguarda alcuni aspetti qualitativi dell'intelligenza, ovvero le ridotte capacità di pensiero sistematico, di precisione, di senso critico e i limiti nella capacità di contatto intellettuale con l'ambiente. Questi aspetti non si legano al tema centrale del presente lavoro, ma si riportano per completare il quadro delle analogie identificate nei tre casi riportati.

Alla luce di queste considerazioni, quali saranno le conseguenze su un piano psichico dell'intervento chirurgico di adeguamento dei caratteri sessuali? Andrea, Vania e Celeste, come tutti i transessuali che vi ricorrono, hanno caricato l'intervento di importanti aspettative: la riassegnazione chirurgica del sesso è considerata decisiva per poter finalmente colmare il *gap* tra la propria vissuta identità di genere e l'identità sessuale biologica, dunque per risolvere le tante difficoltà personali e per raggiungere finalmente la propria integrità e serenità.

Sarebbe molto importante poter verificare che tipo di esito psichico abbia questo tipo d'intervento e verso quale nuovo assetto psicologico esso porti. Non si intende escludere che l'adeguamento chirurgico dei caratteri sessuali possa rappresentare una risoluzione efficace ai propri disagi, risoluzione che potrebbe non essere così immediata o così completa e che potrebbe non verificarsi in tutte le situazioni. Gli studi *follow-up* sono ancora poco numerosi, essi non concordano sul grado di soddisfazione/insoddisfazione post intervento e mettono in luce casi di suicidio (Romeo et al., 2010).

Si rende esplicito che, nel presente studio, il numero così esiguo di casi clinici non consente di poter effettuare una generalizzazione rispetto ai transessuali che scelgono di rivolgersi alla riattribu-

zione del sesso. Tuttavia, una così ampia sovrapposizione dei risultati ai test non può che suggerire un attento e ampio approfondimento della materia, che diventa un dovere etico di tutti noi psicoterapeuti del profondo (Ferrigno, 2001, 2014; Pagani, 1998), tenendo conto dell'invasività ma soprattutto dell'irreversibilità di questo tipo d'intervento.

Si ritiene che il tema, particolarmente attuale, muova molto la sensibilità emotiva dell'opinione pubblica e della nostra attuale società e che coinvolga la profondità degli individui; pertanto, è necessario che sia affrontato con *responsabilità*, tenendo monitorati i propri *pregiudizi* e senza cadere nella trappola di possibili *finzioni collettive*. È importante non lasciare i transessuali emotivamente ed affettivamente soli di fronte alle loro difficoltà, poiché, qualora le considerazioni espresse prima avessero una loro autenticità nell'esperienza di base del loro Sé, l'assecondare le loro richieste si trasformerebbe in un *controatteggiamento* inadeguato che rinforzerebbe la *coazione a ripetere* dell'evento traumatico.

«Tanto la mente quanto il corpo sono manifestazioni della vita: sono parti della vita nella sua totalità e quindi cominciamo a comprendere i loro reciproci rapporti all'interno di questa totalità» (Adler, 1931). Per poter conoscere "veramente" un individuo è necessario osservare come egli si rapporta con il mondo esterno a Sé. Il mondo esterno a Sé non è solo l'ambiente fisico, relazionale e culturale che lo circonda ma è anche il proprio corpo, le sue funzioni corporee e le funzioni della mente.

Il modo in cui un individuo si rapporta al proprio mondo esterno è conforme all'interpretazione che egli dà di se stesso e alle sue preoccupazioni attuali. *Non sono né l'eredità né l'ambiente* a *determinare* il rapporto che un individuo instaura con il proprio mondo esterno: l'eredità fornisce le doti e l'ambiente le impressioni. *Doti* e *impressioni* costituiscono l'*esperienza* dell'individuo: ciò che ha un ruolo centrale nello sviluppo della sua personalità e del suo stile di vita è l'*interpretazione* che egli dà a queste esperienze (Adler, 1920, 1927, 1931, 1932, 1933; Ansbacher & Ansbacher, 1956, 1964, 1982).

La funzione sessuale è derivata dall'eredità e come tutte le funzioni dell'individuo evolve lungo l'arco della vita all'interno dello stretto legame tra *dote* ereditata, *impressioni* ricevute e *interpretazione* creativa dell'esperienza individuale (Adler, 1912, 1920, 1927, 1931; Ansbacher & Ansbacher, 1964, 1982).

Rossella Ardenti
Via Pasquale Marconi, 12
I-42123 Reggio Emilia
www.rossellaardenti.com
E-mail: info@rossellaardenti.com
PEC: rossella.ardenti.722@psypec.it

LA FINZIONE IN PIRANDELLO: FRA "REALTÀ" E "RAPPRESENTAZIONE"

Natascia Podio

Abstract

Article declines "finction" in the literature of Pirandello in its main forms: vital fiction and strengthened fiction, used as survival strategies. The "fiction", an essential element in human life, opens the way to an approach that leads to the concept of internal subjective causation, which plays a key role in Adlerian theoretical model. In conclusion, the idea of fictional final goal, free creation of the individual, refers to the *concept of creative power* of the *individual* or creative self.

Keywords

FICTION, *PIRANDELLO*, *REALITY/INTERPRETATION*, *CREATIVE SELF*

Riassunto

L'articolo declina la "finzione" nella letteratura di Pirandello nelle sue principali forme: finzione vitale e finzione rafforzata, utilizzate come strategie di sopravvivenza. La "finzione", elemento imprescindibile nella vita umana, apre la strada verso un approccio che conduce al concetto di "causalità interna" soggettivistica, che riveste un ruolo chiave nell'impalcatura teorica adleriana. In conclusione, l'idea di meta finale finzionale, libera creazione dell'individuo, rimanda al concetto di potere creativo individuale ovvero al Sé creativo.

Parole chiave

FINZIONE, PIRANDELLO, REALTÀ/INTERPRETAZIONE, SÉ CREATIVO

I. Introduzione

Per quanto riguarda il concetto adleriano di finzione, potremmo domandarci in quali e quanti ambiti sia applicabile, riconosciuto e talvolta "legittimato". Sappiamo bene che la "finzione" è un elemento imprescindibile nella vita umana e al contempo un indicatore del potere creativo individuale. Qualsiasi interpretazione della realtà o prodotto della mente, in quanto frutto di una costruzione, è finzione. Espressioni della finzione si ritrovano nel linguaggio, nell'arte, nella letteratura, nel teatro, che si conferma come luogo in cui la "finzione scenica" mette a nudo le "finzioni quotidiane". Anche la ricerca scientifica si basa su finzioni e strumenti, di cui ci serviamo per edificare un'immagine coerente del mondo.

Persino la religione sarebbe una "finzione conveniente": potrebbe, infatti, rappresentare la storia finzionale più straordinaria mai inventata, tanto potente da trascendere la finzione medesima per divenire realtà rivelata. È, quindi, possibile, evidentemente, trovare una correlazione tra la teoria e l'applicazione pratica del concetto adleriano di finzione.

II. La finzione nell’arte: Magritte

Figura 1 – René Magritte, La condizione umana, 1933, National Gallery of Art, Washington

Il pittore belga René Magritte ne “La condizione umana” (*Figura 1*) attraverso la tecnica del “quadro nel quadro” analizza il confine tra *realtà* e sua *rappresentazione*, dove l’una si confonde nell’altra. L’opera rappresenta in modo efficace la condizione dell’uomo il quale finisce per “vedere” la realtà non per ciò che essa “è realmente”, ma per come “è vista” dalla propria mente. Ciò che ciascuno “vede” non nasce più dall’impressione visiva, ma da una miriade di associazioni inconsce che s’intrecciano in un naturale processo di costruzione mentale, in cui la realtà finisce per essere distorta attraverso il filtro della soggettività individuale. Il surrealista Magritte con il suo enigmatico quadro in cui la *tela si fonde col paesaggio, la realtà con l’immaginazione*, crea nell’osservatore un “cortocircuito” visivo, parafrasando attraverso un’immagine l’insanabile distanza che separa la “realtà” dalla sua “rappresentazione”.

III. La finzione nella letteratura: Pirandello

Luigi Pirandello è tra gli autori che, a mio avviso, meglio si prestano a rappresentare la difficoltà dell’uomo a riconoscersi nelle convenzioni sociali. Il conflitto tra *apparenza* e *realtà* segnala il dramma della ricerca di una *verità al di là delle convenzioni e delle apparenze* che si tramuta in sfiducia nella possibilità di accedere alla conoscenza della realtà; qualsiasi *rappresentazione* si rivela sterile nel tentativo di riprodurre l’inaccessibile *verità* della vita, percepita come un flusso continuo, caotico, inarrestabile (senza un ordine apparente), in cui regnano le contraddizioni.

Ciascuno percepisce la realtà dal proprio “cantuccio” soggettivo, colmo di idee, sentimenti ed

emozioni, che gli consentono di accogliere gli aspetti maggiormente confacenti al particolare momento fenomenologico che sta vivendo e in base al quale egli riesce, a sua volta, a processare le impressioni e le sensazioni ricevute dal reale. La realtà percepita, in quanto frutto di una costruzione *soggettiva*, è, quindi, un’“illusione” finzionale.

A fronte della realtà *oggettuale*, esterna agli individui, che si presenta come *una, immutabile ed apparentemente uguale e valida per tutti* (in quanto risponde alla *logica comune* che prevede la condivisione di significati), abbiamo *centomila realtà interne* in ciascun personaggio pirandelliano, per il quale la “vera” realtà si rivela, in sostanza, essere “nessuna”: non esiste una realtà oggettuale, ma soltanto una realtà definibile “soggettuale”, che a contatto col “mondo degli altri” si “sgretola”.

L’individuo nel disperato tentativo di adeguarsi alle richieste della società si costruisce una “maschera”, che non ha alcuna possibilità di mutare e che include una *triplicità* esistenziale: *come il personaggio vede se stesso, come il personaggio è visto dagli altri, come il personaggio crede di essere visto dagli altri*.

Le conseguenze di codesta condizione esistenziale sono tre: il personaggio è uno quando è messa in evidenza la realtà-forma che lui si è dato; è *centomila* quando viene rimarcata la realtà-forma che gli altri gli danno; è *nessuno* quando egli si accorge che fra ciò che lui pensa e ciò che gli altri pensano non sussiste *alcuna coincidenza*.

Non c’è, quindi, una *verità*, ma molteplici *sfaccettature della verità*: a ciascuno la propria. La “maschera” è la forma, l’aspetto esteriore che l’individuo-persona assume all’interno dell’organizzazione sociale per poter vivere tra gli altri e con gli altri il ruolo di *quel padre, quel marito, quell’amico,* etc. La “maschera” costituisce pertanto la rappresentazione più evidente della condanna inflitta all’individuo dall’“esterno”, che lo obbliga a recitare sempre la stessa parte, sulla base delle *convenzioni finzionali* che regolano i rapporti sociali.

Il personaggio interpretato da ciascuno di noi nella vita sociale ispira fiducia soprattutto per la “costanza” dello stile di vita: la società non ammette fluttuazioni nella struttura della personalità, perché l’instabilità pregiudica ogni tipo di relazioni sociali.

L’unico modo per sottrarsi all’isolamento è il mantenimento della “maschera”: quando un “personaggio” cerca di rompere la “forma”, viene allontanato, stigmatizzato e rifiutato. Egli non trova più posto nella società, in quanto si trasforma in un elemento disturbante “quel” vivere formalmente rispettabile.

La parte più nascosta e autentica del proprio Sé è destinata quindi a soccombere e ad arrendersi: le convenzioni sociali, nell’ottica pirandelliana, estinguono la parte più vitale del Sé dell’uomo costringendolo a indossare incessantemente la “maschera” – direbbe Alfred Adler – della “finzione rafforzata” che *distanzia* progressivamente il soggetto dalla parte più essenziale di se stesso.

IV. Il Sé creativo in Adler: l’opera è l’artista

Se “Tutte le cose dipendono dall’interpretazione” (“Omnia ex opinione suspensa sunt”) (Adler, 1912), allora non esistono “fatti”, ma solo “interpretazione dei fatti”, in quanto *viviamo nel regno dei significati*.

«Non sono né l’eredità né l’ambiente che determinano la sua relazione con il mondo esterno.

L’eredità assegna solo alcune doti. L’ambiente gli fornisce solo alcune impressioni. Queste doti e impressioni e la maniera in cui se ne fa “esperienza” – cioè l’interpretazione che egli dà di queste esperienze – sono i mattoni che egli usa, nelle sue specifiche modalità “creative”, per costruire le proprie attitudini verso la vita. È il suo modo personale di usare questi mattoni – o in altre parole, è la sua attitudine verso la vita – che determina la sua relazione con il mondo esterno» (Adler, 1935, pp. 5-6).

Il processo di costruzione dello schema finzionale si svolge attraverso dinamismi inconsci/consci, in cui eredità, fattori culturali, disposizioni individuali e opportunità offerte dalle spinte ambientali s’integrano in un’infinita oscillazione, creativamente multiforme e instabile, scandita dalla naturale attitudine rappresentazionale e interpretativa del Sé.

La mente modella le proprie mete finzionali spostandosi dinamicamente nel tempo: verso il passato per rivisitare esperienze già vissute, ma anche verso il futuro per progettarsi nella dimensione dell’immaginario sulla base della propria storia passata (Ferrigno, 2005).

Il passato si può modificare solo nell’interpretazione soggettiva, che di esso si può dare, attraverso l’aggiustamento e lo smantellamento di schemi finzionali d’interpretazione i cui effetti, in tal modo, inducono cambiamenti sia nel presente sia nel futuro.

L’uomo, sotto la spinta di un libero potere creativo, guidato dalla legge del movimento, dal basso verso l’alto, verso una meta spazio-temporale di superamento del minus, organizza attivamente le informazioni, nel tentativo di dare un significato al mondo esterno che gli consenta di padroneggiare la complessità del reale.

È proprio il *Sé creativo* ad indirizzare il movimento attraverso un’incessante, riflessiva, autoreferenziale ristrutturazione degli elementi presenti nel campo. In questo senso è molto significativa l’affermazione adleriana secondo cui ogni individuo rappresenta sia l’*opera* che l’*artista* (Adler, 1912): è proprio il soggetto indivisibile l’artefice della propria personalità e del proprio piano di vita di cui subisce a sua volta l’influenza. È il soggetto il solo e unico responsabile di quel piano ideale di vita che trasforma progressivamente il regime di libertà in tirannia imprimendo, in questo modo, una determinata e precisa direzione allo stile di vita che ben presto si automatizzerà, trasformandosi in una gabbia, una maschera” – direbbe Pirandello – senza vie d’uscita, una volta che il “piano di vita” si sarà consolidato.

V. “Finzione vitale” *versus* “finzione rafforzata”

Il contrasto tra *apparenza* e *realtà*, se confrontiamo la novella “La patente” col romanzo “Il fu Mattia Pascal”, chiarisce come la *soggettività* e la *creatività* siano alla base di ogni scelta individuale. Nelle opere citate il differente utilizzo dello “strumento finzionale” sortisce due esiti totalmente diversi.

Ne “La patente” emergono l’ingegno e la capacità creativa individuale: il protagonista, Chiarchiaro, è la vittima designata di una spietata realtà, esito di una finzione collettiva, che lo stigmatizza come “iettatore”. Egli si adopera attivamente e creativamente per ottenere la relativa patente che “ufficializzi” la sua condizione che sembra non lasciargli alcuno scampo. Chiarchiaro riesce a volgere la situazione, oggettivamente difficile, a proprio vantaggio. Egli infatti, sfruttando la credulità popolare ed utilizzando in modo strumentale e strategico la “finzione rafforzata popolare”, risponde

lucidamente con una “controfinzione rafforzata individuale” che gli consente di ottenere il riscatto da una situazione penosa. In questo caso, la finzione viene utilizzata nella sua forma “vitale o pragmaticamente utile”, in quanto la finalità prevalente perseguita, seppure fittizia, è una meta finale di superamento, di cooperazione, di progresso, di avanzamento “insieme” agli altri; in questi termini la “finzione rafforzata” riacquista il suo carattere positivo, volontario e consapevole di allontanamento apparente dalla realtà in vista, però, di uno scopo pratico e socialmente accettabile e condiviso.

Degna di nota è la capacità del protagonista di “rileggere in modo creativo” la situazione contingente attraverso l’utilizzo del pensiero creativo, che implementa la capacità di esplorare altre possibilità e di trovare soluzioni originali e pragmatiche. Significativo il passaggio sottostante che esprime la disperazione di un uomo distrutto e la risorsa messa in campo per poter riemergere.

«Ma perché io voglio, signor giudice, un riconoscimento ufficiale della mia potenza, non capisce ancora? Voglio che sia ufficialmente riconosciuta questa mia potenza spaventosa, che è ormai l’unico mio capitale! Lei ha preso la sua laurea. Ebbene, voglio anch’io la mia patente, signor giudice! La patente di iettatore. Col bollo. Con tanto di bollo legale! Jettatore patentato dal regio tribunale. E poi? Me lo metto come titolo nei biglietti da visita. Signor giudice, mi hanno assassinato. Lavoravo. Mi hanno fatto cacciar via dal banco dov’ero scritturale, con la scusa che, essendoci io, nessuno più veniva a far debiti e pegni; mi hanno buttato in mezzo a una strada, con la moglie paralitica da tre anni e due ragazze nubili, di cui nessuno vorrà più sapere, perché sono figlie mie. Signor giudice, non mi resta altro che di mettermi a fare la professione del iettatore! Mi sono parato così, con questi occhiali, con quest’abito; mi sono lasciato crescere la barba; e ora aspetto la patente per entrare in campo! Basterà che io mi presenti; non ci sarà bisogno di dir nulla. Mi pagheranno per farmi andar via! tutti, tutti mi pagheranno la tassa, lei dice dell’ignoranza? io dico la tassa della salute» (Pirandello,1911, p. sn).

Ne “Il fu Mattia Pascal” il protagonista costruisce una “finzione rafforzata” dalla quale si lascia coinvolgere. Egli è erroneamente creduto morto: crede di potere cogliere l’occasione per reinventarsi una nuova identità, altrove, lontano da una vita insoddisfacente. La finzione in questo caso “si cristallizza e si rafforza” in un dinamismo mortifero di deviazione per eccesso dall’agire del “come se” che lo allontana dal suo ambiente e dalla “logica comune”, rivelandosi perciò disfunzionale sul lato utile della vita.

Se, da un lato, codesta finzione alimenta in Mattia Pascal l’illusione di una nuova opportunità, non gli consente, dall’altro, di fronteggiare la vita reale: è l’unica soluzione che, dal suo punto di vista, gli possa permettere di concepirsi come “libero creatore” del proprio destino.

La vicenda racconta proprio la storia della distruzione di un’identità e la denuncia dell’inautenticità a cui l’uomo sembra condannato a vivere. Mattia Pascal, svincolandosi dalla realtà, s’illude di poter ricominciare una nuova vita più libera e gratificante che innalzi l’opinione di sé, ma il prezzo da pagare è molto alto: un penoso isolamento sociale. La libertà, che egli vuol custodire piena e assoluta, gli si rivela, a poco a poco, anche scomoda e soprattutto fonte di solitudine e di menzogne. Mattia Pascal, uomo non attraente, decide di cambiare la propria identità assumendo i nuovi panni di uomo senza passato, ma con la possibilità di crearsi un futuro luminoso. Modifica l’aspetto fisico: elimina la mesta barba e fa crescere imperiosi baffi, si fa persino operare a un occhio strabico, con la decisa volontà di cancellare con la modificazione dell’aspetto esteriore anche l’indole di inetto che tanto individuava Mattia.

La “finzione” intesa come “costruzione” inautentica è l’elemento primario, in quanto il protagonista vive una *vita fittizia*, che lo conduce a desiderare una metamorfosi: la libertà da qualsiasi legame con un passato dolorosamente rifiutato; la nuova realtà si rivela ben presto una nuova prigione, creata proprio dalle menzogne e dall’infinito “fingere” di essere chi egli non è e non sarà mai. La sua “inettitudine” si evidenzia anche nella nuova personalità fittizia.

La libertà da lui tanto agognata diventa così irraggiungibile: egli non può innamorarsi, esporsi, possedere e godere di nulla, non può permettersi la compagnia di un cane perché non può pagare la tassa di possesso, non può denunciare il furto del suo portafoglio perché giuridicamente è “uomo senza forma”, non può vivere, non esiste.

Egli è costretto a lasciar scorrere i giorni, osservando la sua vita e quella degli altri come uno spettatore; non può permettersi di creare legami con gli altri perché ogni volta che inizia a radicarsi in un luogo le relazioni affettive e sociali ricominciano a tessergli intorno la “ragnatela della forma” e la sua libertà viene meno.

Mattia-Adriano non ha una vera e propria identità, l’ha persa con la presunta morte, e non ne ha trovata un’altra, l’ha solo inventata fittiziamente, per poi accorgersi di non potere comunque essere libero.

Questo romanzo evidenzia, diversamente dalla novella precedente, il progressivo restringimento, fino all’annullamento, del “potere creativo” che ormai inariditosi non ha la forza prospettica di elaborare soluzioni “utili e costruttive” ai problemi esistenziali.

I passaggi sottostanti evidenziano l’illusione iniziale del protagonista di avere trovato una straordinaria soluzione e la successiva presa di coscienza di una scelta disposta sul versante inutile della vita:

«Stava a me: potevo e dovevo essere l’artefice del mio nuovo destino, nella misura che la fortuna aveva voluto concedermi. E innanzi tutto avrò cura della mia libertà: […] Mi darò poco a poco una nuova educazione; mi trasformerò con amoroso e paziente studio, sicché, alla fine, io possa dire non solo di aver vissuto due vite, ma d’essere stato due uomini. […] Vedevo finalmente, vedevo in tutta la sua crudezza la frode della mia illusione, che cos’era in fondo ciò che m’era sembrata la più grande delle fortune, nella prima ebbrezza della mia liberazione. Avevo già sperimentato come la mia libertà, che a principio m’era parsa senza limiti, ne avesse purtroppo nella scarsezza del mio denaro; poi m’ero anche accorto ch’essa più propriamente avrebbe potuto chiamarsi solitudine e noia, e che mi condannava a una terribile pena: quella della compagnia di me stesso; mi ero allora accostato agli altri; ma il proponimento di guardarmi bene dal riallacciare, foss’anche debolissimamente, le fila recise, a che era valso? Ecco: s’erano riallacciate da sé, quelle fila; e la vita, per quanto io, già in guardia, mi fossi opposto, la vita mi aveva trascinato, con la sua foga irresistibile: la vita che non era più per me. […] M’è sembrata una fortuna l’esser creduto morto? Ebbene, e sono morto davvero. Morto? Peggio che morto; i morti non debbono più morire, e io sì: io sono ancora vivo per la morte e morto per la vita. Che vita infatti può esser più la mia? La noia di prima, la solitudine, la compagnia di me stesso?» (Pirandello, 1904, pp. 80-81; 174-183).

VI. Conclusioni

L’analisi delle due opere trattate mi ha consentito di declinare, seppur nell’utilizzo paradossale letterario, la finzione nelle sue due principali forme: la “finzione vitale” e la “finzione rafforzata”.

La “finzione” apre la strada verso un approccio che conduce al concetto di “causalità interna” soggettivistica, che riveste un ruolo chiave nell’impalcatura teorica adleriana. In sintesi, la meta finale finzionale, libera creazione dell’individuo, in larga misura inconscia, rappresenta il principio di causalità interna unificante: i due protagonisti pirandelliani prefigurano una via d’uscita dalla situazione di disagio mettendo in pratica soluzioni differenti, perché differenti sono i rispettivi fini ultimi finzionali.

Chiarchiaro è pronto ad affrontare sul “versante utile” la realtà, in quanto desidera riprendere in mano la propria vita attraverso una compensazione alla condizione di svantaggio iniziale che lo condurrà ad un reinserimento sociale nella sua comunità, anche se in una “forma” che potrebbe risultare discutibile; in questo caso la finzione è utilizzata in senso costruttivo, come “finzione vitale”, come *progetto* che ha come obiettivo il futuro e il reinserimento nel sociale: il limite avvertito dal protagonista è legato al contesto culturale arretrato e pregiudizievole.

Mattia Pascal, invece, rifugge la realtà con le relative responsabilità e cerca di conseguenza una via di fuga apparentemente semplice che lo condurrà all’alienazione dal suo contesto sociale.

In questo caso il *minus* percepito dal protagonista è legato al senso d’inettitudine, alimentato da esperienze fallimentari e da un contesto di vita frustrante, che non gli consente di prefigurarsi creativamente alcuna possibilità di riscatto.

Lo strumento della finzione si rivela in entrambi i casi una difesa psicologica ed una strategia di sopravvivenza seppur con esiti differenti. La ricerca e la scoperta del nostro Sé più profondo, in ogni caso, ci rende liberi di affrontare la vita con coraggio, coscienza e giudizio lontani dalla paura e dal bisogno fittizio di nasconderci dietro maschere multiformi, che a volte risulta più facile indossare.

BIBLIOGRAFIA

ADLER, A. (1912). *Über den nervösen Charakter*. Wiesbaden: J. F. Bergmann. (Trad. it. *Il Temperamento Nervoso*. Roma: Astrolabio, 2003).

ADLER, A. (1920). *Praxis und Theorie der Individualpsychologie*. München: Bergmann. (Trad. it. *La Psicologia Individuale*. Roma: Newton Compton, 1970).

ADLER, A. (1935). The Fundamental Views of Individual Psychology. *International Journal of Individual Psychology*, 1, 3-7. (Trad. it. I concetti fondamentali della Psicologia Individuale. *Rivista di Psicologia Individuale, 33*, 1993, 5-9).

ANSBACHER, H. L., & ANSBACHER, R. R. (1956). *The Individual Psychology of Alfred Adler*. New York: Basic Books (Trad. it. *La Psicologia Individuale di Alfred Adler*. Firenze: Martinelli, 1997).

CANZANO, C., COPPI, P., FERRIGNO, G., MAIULLARI, F., & SANFILIPPO, B. (1991). “*A un passo dalla realtà”. Riflessione teorica e clinica sulle finzioni*. Atti terzo Convegno Nazionale Sipi, Milano, 20-21 settembre 1991.

FERRIGNO, G. (2005). Il “piano di vita”, i processi selettivi dello “stile di vita”e la comunicazione intenzionale implicita nella coppia terapeutica creativa: dalla “teoria” alla “clinica”. *Rivista di Psicologia Individuale, 58*, 59-97.

FERRIGNO, G., & BORGNA, E. (2012). La comunicazione non è se non relazione. *Rivista di Psicologia Individuale, 71*, 59-78.

MEZZENA, G. (1981). Dalla finzione rafforzata alla finzione vitale. *Rivista di Psicologia Individuale, 15-16,* 121-128.

NIETZSCHE, F. (1873). *Über Wahrheit und Lüge im außermoralischen Sinn*. (Trad. it. Su verità e menzogna in senso extramorale. In *Opere*-volume III, tomo II, trad. Giorgio Colli, Milano: Adelphi, 1973).

PIRANDELLO, L. (1904). *Il fu Mattia Pascal*. Milano: Mondadori, 2006.

PIRANDELLO, P. (1911). La patente. In M. COSTANZO. (Ed.). (1985). *Novelle per un anno* (pp. sn). Milano: Mondadori. *Disponibile in*: http://www.classicitaliani.it/pirandel/novelle/03_040.htm

RATTNER, J. (1970). *Alfred Adler*. Madison, CT: International Universities Press. (Trad. it. *Alfred Adler: testimonianze e documentazioni fotografiche presentate da Joseph Rattner*. Traduzione e cura di L. Ferdano Pierucci. Firenze: Emmebi, 2011).

WATZLAWICK, P. (1977). *How real is real?* London: Vintage. (Trad. it. *Il linguaggio del cambiamento*. Milano: Feltrinelli, 1980).

Natascia Podio
Viale Corsica, 2
I- 20137 Milano
E-mail: natascia,podio@hotmail.it

THE EXPERIENCE OF THE DISEASE, AND ITS REBIRTH

Eugenio Borgna

Abstract

The article don't talks about the mental illness, which belongs to the field of Psychiatry; but about the human and psychic resonance that are part of the diseases of the body instead. The experience of the disease can be divided into the experience of the sick and the experience of those who try and heal the disease: the patient and the doctor. Rapport and care are not possible in Medicine (and Psychiatry) if doctor and patient do not meet up on a human level: one persone meets another person. Both doctor and patient should be united by a close human relationship as soon as they meet up, they should understand each other right away; nonetheless, the doctors and their aides do not always "meet" the needs of those who ask for help, do not pay heed to the time-consuming needs and patience, do not identify with the patient's inner life and feelings. It's not easy to match the doctor's and patient's time. The time the doctor needs to come down to a diagnosis is not always in line with those who suffer; the patient would like to describe their symptoms, talk about their anxiety and worries, their expectations and hopes. These times are radically different, but trying to reconcile these two differences toward a kind of Agostinian experience of time is therapy in its own right. It is imperative to start a dialog, to establish rapport with those who suffer. This is the task of Psychiatry as a natural and human science.

Keywords

SOMATIC ILLNESSES/MENTAL ILLNESSES, DIALOG, EMPATHY, TIME

Riassunto

L'articolo non parla di quelle che sono le malattie dell'anima, di cui si occupa la psichiatria, ma delle risonanze psicologiche e umane che si accompagnano alle malattie del corpo. L'esperienza della malattia si distingue nella esperienza che ne fa chi si ammala, e in quella che ne fa chi cura la malattia: nel paziente e nel medico. Non sono possibili, in ogni caso, conoscenza e cura in medicina, e non solo in psichiatria, se non quando medico e paziente si incontrano su di un piano umano: una persona ne incontra un'altra in un atteggiamento di ascolto e di accoglienza che richiedono tempo, e pazienza, immedesimazione negli stati d'animo dei pazienti, e nella loro vita interiore. Non è facile conciliare le esigenze di tempo con quelle del paziente. Il tempo necessario al medico per giungere alla diagnosi è un tempo che non sempre corrisponde a quello di cui ha bisogno chi sta male, e che vorrebbe descrivere i suoi disturbi ma anche dire le sue ansie e le sue preoccupazioni, le sue attese e le sue speranze. Sono tempi radicalmente diversi, certo, ma pensare alla cosa, e cercare di conciliare queste due diverse forme di agostiniana esperienza di tempo, è già terapia. Ma ha un'enorme importanza sapere entrare in dialogo, sapere mettersi in relazione, con chi sia sommerso dalla malattia. Riflettere su questo è compito di una psichiatria che è scienza naturale ma anche scienza umana.

Parole chiave

MALATTIE DEL CORPO/MALATTIE MENTALI, DIALOGO, EMPATIA, TEMPO

What is the object of Medicine? The answer is the disease, the pain associated with it and, above all, the sick: the person who is pain both in the body and in the soul.

I do not wish to talk about the mental illness, which belongs to the field of Psychiatry; I would like to talk about the human and psychic resonance that are part of the diseases of the body instead. In the context of modern Medicine the humane and psychological resonance tend to be seen as meaningless, or useless.

Before any consideration whatsoever, I would like to stress that we are all involved in that psychological and human dimension of the disease: not only the doctors and its aides who work and treat people in the hospital, but also the families of those who are cared for, because each and every person involved in the disease of a loved one is, willy nilly, a bearer of the concept of care, or non-care, help or "dis-comfort".

It is necessary to discriminate between psychosomatic illness, a set of illnesses that originate from psychological discomfort, such as bronchial asthma, ulcerose gastritis or colitis, and somato-

psychic illness – a set of illnesses related to the body and associated with wounds of the soul: the doctor has to deal with both of them.

These wounds of the soul emerge whenever we happen not to take into account the humane aspects for the disease, each and every time we do not respect the sick's dignity, people who need both medical care and human relationships. How can we avoid, or try to avoid, the *negative* consequences of disease? How can we do away with their worsening suffering? How can we "humanize" today's Medicine, a kind of Medicine that inexorably deals with the disease in its own right? How can we reconcile the needs of these fast times that lead to a diagnosis to the needs of longer, Agostinian, inner times, the times needed by every patient in need who longs to be understood?

The Experience of the Disease, and the Rebirth. There are somatic illnesses, illnesses of the body, and psychological illnesses. Now I would like to say something about the illnesses of body. we must not forget about the human and psychological dimensions of the disease, and their connection with the discomfort of the soul.

The core of my speech is the experience of the disease, the way the disease of the body is revived in our conscience and inner being, through our experience as doctors.

The experience of the disease can be divided into the experience of the sick and the experience of those who try and heal the disease: the patient and the doctor.

These two kinds of experience are different from one another: the medical doctor can write a prescription for exams, end up to a diagnosis, and start the treatment without taking into account the disease experience felt by the patient.

This often happens whenever Medicine draws upon technology. Some theories claim that it will be soon possible to end up to diagnoses and treatment without wasting time over listening to the patient, doing away with human relationships, the relationships between doctor and patient. This relationship is imbued with dialog and empathy, which happen to be theurapeutical in their own right: they help the patient to understand the meaning of the disease, to mitigate anxiety and fear, to rev up their inner strength.

This argument – the argument that asserts that Medicine is not humane without the respect of freedom, the frailties, and the dignity of those who suffer and need to be cured – draws our attention and brings us to reflect upon something, no matter how painful it could be.

We all feel the disease of the soul in a variety of ways: we do not suffer from Depression, but from *several* types of Depression; even the ways our conscience perceives the disease of the body are not always the same. The doctor needs to take all this into account touching base with their patients (how can you be a doctor without some innate psychological inclination?), *not* by ways of standardized and stony attitudes, *but* by looking the patient in the eye, try to utter words that stem from the heart, the care that one feels from within, both within the patient and the doctor.

For sure, the dilemma is between a Medicine that focuses in on the disease, the suffering body, and a Medicine that associates this object with the sick's way of being: emotions, anxiety, stress, depression, despair, the desire of death; the approach of the doctor may alleviate these negative feelings beyond the nature and the prognosis of the disease. Technological Medicine will look at these considerations as pointless and useless.

But we are here united by a common view of the world and the human being, the sick; that

common view that says that we are body and soul, somatic and psychic life, and that every human relationship is mediated by introspection and identification: a reflection upon our inner life, an introduction to the inner life of the other people around us.

If those who take care of the patient (the doctor and the other medical professionals, their families) wish to establish rapport with their patients from a personal and emotional point of view, they cannot do away with the knowledge of the inner (and subjective) experience of disease; in this specific case Psychiatry may be of some help.

What can we say about the experience of disease? For sure, it changes depending on the seriousness of the disease, extreme diseases with high levels of suffering, death, acute and chronic diseases. Some common psychological and human roots do not change anyways: loneliness, the grieving experience of alienation (be it temporary or prolonged, bearable or unbearable) when the patient is hospitalized, the deeply changed perception of one's body, so different a perception from when one's healthy, when one feels as one's body does not belong to them any more and does not respond to one's needs.

We cannot think about these aspects if we do not remember that our way of being in the world changes whenever a serious disease sets in – a common flu is not obviously the case: we change and so the hopes and desires within us. If we have gone through disease ourselves, if we happen to revive it in some ways, these thing are not unfamiliar to us; we should not forget that "suffering goes away, but not the fact of having suffered" (Eugène Minkowski).

Rapport and care are not possible in Medicine (and Psychiatry) if doctor and patient do not meet up on a human level: one persone meets another person.

Both doctor and patient should be united by a close human relationship as soon as they meet up, they should understand each other right away; nonetheless, the doctors and their aides do not always "meet" the needs of those who ask for help, do not pay heed to the time-consuming needs and patience, do not identify with the patient's inner life and feelings.

But the experience of the disease – not a flu, of course – confronts us with the anguish of death.

The doctor should take into account this potential experience, one that is related to serious disease and possible death; how can the doctor find the right words for the right treatment, without hurting the patient, without creating false illusions, without smothering their hopes? Without hope it would be so difficult to live. Those who care, those who have suffered in turn, will easily find the right words; we are called for whenever we talk about the patient's loneliness, their requests for dialog and being listened to, something that may turn their experience of the disease into a less painful one.

These things are valid for all kinds of diseases: the body and the soul. Does the disease have a meaning? Does suffering have a meaning?

Once again, how can we do away with human and theurapeutical signification of words and gestures when confronted with those who suffer? If our words do not stem form the heart, if our words are not light and deep at the same time, gentle and meaninful, sincere and frail, they may hurt, so the gestures that do not show attention and care. (a simple handshake can bear hope, as opposed to fierce apathy). So, it is our words, these living creatures, that prove indispensable and make communication between doctor and patient possible.

It would be nice to remember Etty Hillesum's words: «We should talk about important and grieving facts of life when words come easy and natural as water gushes from a spring».

Words are both easy and difficult, necessary and dangerous: the way the disease is illustrated through an informed consent form, the words we use when we explain the kind of disease and its prognosis, the words we use when we pass these things on to the families, the words we *should not* say whenever the patient wishes not to be informed about the disease.

It's not easy to match the doctor's and patient's time. The time the doctor needs to come down to a diagnosis is not always in line with those who suffer; the patient would like to describe their symptoms, talk about their anxiety and worries, their expectations and hopes. These times are radically different, but trying to reconcile these two differences toward a kind of Agostinian experience of time is therapy in its own right.

In their clinical practices, doctors live between the boundaries of health and disease, so they live within the world of disease without identifying themselves with it; the relationship between doctor and patient, the body of the patient, and the hands and looks of the doctor are aimed at improving their medical knowledge. The hand and the look of the doctor try and discover the enigmas of the patient's body; nonetheless, the hands and the looks should never forget about the respect for the frailty of a suffering body, as opposed to a healthy body which perceives life in a very different way.

We are all involved every time we humanize Medicine: doctors, nurses, their knowledge and esperience; families through their presence, their gestures and, above all, their words, easy and difficult at once.

The marvelous progress of technology enables us to underpin the knowledge of diseases, to come down to diagnoses and treatments in such a fast way when we look back at how things were in the past; this fast-paced environment needs to take into account the sick, their human and psychological resonance, which happen to be very important during the treatment and the development of the disease.

Yes, psychological and personal influences at the onset and development of the disease are very important and have been proved as pivotal: the same goes for the definition and thematic foundations of Psychosomatic Medicine.

Psychiatry allows us to make some considerations, and makes us reflect upon the importance of time when articulating some sort of dialog with the patient; it's a dialog that should allow the patient to revive and pass his symptoms on to the doctor within the context of emotions, the anxiety and stress they have been feeling, and their hopes and despair, their expectations that go with it. It is easy to write about these things, much less put them into practice. We waste time talking and creating a theurapeutical dialog that must be psychotherapeutical at the same time – regardless of the different Schools and theories.

It is imperative to start a dialog, to establish rapport with those who suffer, mainly from cancer; these people need words, to be listened to by the doctor: as David Khayat, a French oncologist, put it, "words are pivotal if we want positive chemotherapy and radiotherapy outcomes".

This is the task of Psychiatry as a natural and human science.

(*Traduzione in inglese a cura di Massimo Montanari Veracini*)

LA ESPERIENZA DELLA MALATTIA, E LA SUA RINASCITA

Eugenio Borgna

Quale è l'oggetto della medicina? La malattia, il dolore che fa parte della malattia, certo, ma anche, e soprattutto, la persona che è malata: la persona che soffre nell'anima e nel corpo.

Non vorrei parlare di quelle che sono le malattie dell'anima, di cui si occupa la psichiatria, ma delle risonanze psicologiche e umane che si accompagnano alle malattie del corpo, e che oggi, nel contesto di quella che è la medicina moderna, tendono a essere considerate come insignificanti, e come inutili.

Ma prima di ogni altra considerazione, vorrei sottolineare come, nella esigenza di tenere presente la dimensione psicologica e umana della malattia, siamo tutti impegnati: non solo il medico, che cura, ma in ospedale chi assiste il medico nella cura e nella assistenza, ma anche i familiari di chi è curato, perché ogni persona, che partecipi al destino di chi sta male, è portatrice, lo voglia o non lo voglia, lo sappia o non lo sappia, di cura, o di non-cura, di aiuto, o di mal-essere.

Ma è necessario distinguere fra malattie psicosomatiche, quelle che hanno origine psichica, e sintomatologia somatica, come sembrano essere, ad esempio, l'asma bronchiale, la gastrite ulcerosa, e la colite ulcerosa, e malattie somato-psichiche che sono malattie del corpo, e che si accompagnano poi a ferite dell'anima, a sofferenze psichiche; e con queste ha a che fare ogni medico.

Queste ferite dell'anima rinascono ogni volta che non si tengano presenti gli aspetti umani della malattia, ogni volta che non si rispetti la dignità delle persone che si ammalano, e che hanno bisogno non solo di cure biologiche ma di relazione umana. Come evitare, come cercare di evitare, le conseguenze umane e psicologiche *negative* della malattia che creano sofferenze inutili, e che sono ancora più dolorose? Come umanizzare la medicina di oggi, le odierne fatali tendenze a guardare solo alla malattia, e ai modi di riconoscerla e di curala? Come conciliare le esigenze del tempo rapido, con cui si giunge alla diagnosi, e del tempo lungo, del tempo agostiniano, del tempo interiore, di cui avrebbe bisogno ogni paziente per sentirsi aiutato, e compreso nel suo dolore?

Ci sono malattie somatiche, malattie del corpo, e malattie psichiche, malattie dell'anima. Non di queste vorrei dire qualcosa ma di quelle; senza nondimeno dimenticare che ogni malattia del corpo si accompagna a risonanze psicologiche e umane, a risonanze dell'anima.

Il tema del mio discorso è l'esperienza della malattia, e cioè come la malattia del corpo sia rivissuta nella nostra interiorità, nella nostra esperienza di vita, e in quella del medico.

L'esperienza della malattia si distingue nella esperienza che ne fa chi si ammala, e in quella che ne fa chi cura la malattia: nel paziente e nel medico. L'una esperienza è diversa dall'altra. Il medico può prescrivere gli esami, giungere alla diagnosi e avviare la cura anche senza preoccuparsi della esperienza della malattia che ne ha il paziente. Questo avviene quando la medicina, come oggi non di rado avviene, si affida, e lo può fare, alla tecnologia. Ci sono teorie che sostengono come, in un futuro non molto lontano, si possa giungere alla diagnosi e alla terapia: raccogliendo la cartella clinica, certo, ma senza perdere il tempo nell'ascoltare il paziente, nel creare una relazione umana fra persone,

fra la persona del malato e quella del medico: una relazione, nutrita di dialogo e di colloquio, che è di grande importanza invece non solo psicologica e umana, ma terapeutica, nell'aiutare il paziente a comprendere il senso della malattia, a smorzare le ansie, e le inquietudini, immotivate, e a farne riemergere le risonanze interiori.

La tesi, che non ci sia una medicina umana senza il rispetto della libertà, della fragilità, e in fondo della dignità, di chi sta male, e ha bisogno di cura, richiede che si abbia a riflettere (e la cosa costa fatica) su alcune cose. Queste: ciascuno di noi rivive la malattia dell'anima in modi diversi: così come non c'è *la* depressione, e ci sono forme *diverse* di soffrire la depressione; ma anche i modi, con cui si riviva nella nostra coscienza una malattia del corpo, non sono sempre uguali; e anche di questo un medico dovrebbe tenere conto: confrontandosi con i pazienti, (come si fa a essere medici senza una qualche innata attitudine psicologica?), *non* con un atteggiamento standardizzato o marmorizzato, *ma* guardando negli occhi i pazienti, cercando di dire parole che nascano dalla attenzione del cuore: dall'attenzione a quello che si prova interiormente, alle proprie emozioni, e a quelle che provano i pazienti.

Certo, la scelta dilemmatica è quella fra una medicina che abbia come suo oggetto la malattia, il corpo malato, e quella che, a questo oggetto, associa i modi di essere della persona malata: le emozioni, l'angoscia, la inquietudine, la depressione, la disperazione, il desiderio di morire, che l'atteggiamento del medico, le sue parole, soprattutto, possono smorzare, o almeno mitigare, al di là della natura, e della prognosi, della malattia. La medicina tecnologica non può se non considerare inutili, o comunque insignificanti, considerazioni come queste.

Ma noi siamo, qui, uniti da una comune visione del mondo, da una comune immagine dell'uomo, e dell'uomo malato; da quella che noi siamo anima e corpo, vita somatica e vita psichica, in continua umana connessione, e che in ogni umana relazione, e in particolare in quella fra medico e paziente, non c'è conoscenza che non sia mediata da introspezione e immedesimazione: da riflessione sulla nostra vita. Ma, se chi cura (il medico, certo, ma anche chi collabora con il medico in ospedale, e poi i familiari) vuole entrare in relazione con il suo paziente da un punto di vista personale ed emozionale, non può non conoscere qualcosa di quella che è l'esperienza interiore (soggettiva) della malattia, e, in questo, la psichiatria può magari essere di aiuto.

Cosa dire della esperienza della malattia? Certo, essa cambia nella misura in cui sia malattia grave, o malattia non grave, malattia che si muova ai confini estremi della sofferenza, o della morte, malattia acuta, o malattia cronica. Non cambiano in ogni caso alcune comuni radici psicologiche e umane: la solitudine, l'esperienza dolorosa dello sradicamento (temporaneo, e allora sopportabile, o prolungato, e allora angosciante), se si è in ospedale, la percezione profondamente mutata del proprio corpo, che non è spontanea come nei giorni di benessere, ma che ci confronta con un corpo che si fa estraneo, e ostile, ha bisogno di aiuto, e non risponde più alle nostre richieste: talora anche alle più banali.

Sono cose, queste, a cui non è possibile pensare, se non ci ricordiamo che la malattia, non una semplice influenza ovviamente, cambia il nostro modo di essere nel mondo: cambiamo noi, e cambiano le speranze e le attese che sono in noi. Se abbiamo conosciuta la malattia, e se l'abbiamo rivissuta in noi, queste cose non ci saranno oscure; non dimenticando in ogni caso che, come ha scritto Eugène Minkowski, la sofferenza passa ma non passa mai l'aver sofferto.

Non sono possibili, in ogni caso, conoscenza e cura in medicina, e non solo in psichiatria, se non quando medico e paziente si incontrano su di un piano umano: una persona ne incontra un'altra. L'una e l'altra dovrebbero essere unite, nei momenti iniziali del loro incontro, da una relazione di umana vicinanza, e di reciproca comprensione, ma non sempre il medico, e chi collabora con il medico, si incontrano con chi chieda aiuto in un atteggiamento di ascolto e di accoglienza che richiedono tempo, e pazienza, immedesimazione negli stati d'animo dei pazienti, e nella loro vita interiore.

Ma l'esperienza della malattia ci confronta, non quando ci si ammala di influenza certo, con le ombre e con l'angoscia della morte.

Se il medico non tiene presenti queste dolorose possibili esperienze, che si accompagnano alla malattia, a quelle gravi in particolare, come farà a trovare le parole che, nel chiedere il consenso alle cure, non feriscano la persona, e che le siano di aiuto, non nel creare illusioni, ma nel non spegnere la speranza nel cuore: senza la quale è così difficile vivere? Se chi cura, o assiste, o accompagna un malato nel suo cammino, ha conosciuto il dolore del corpo, la malattia, del corpo o dell'anima, queste parole le troverà facilmente; ma siamo tutti chiamati a riflettere sulla solitudine del malato, sulle sue domande di ascolto e di dialogo, che rendano meno dolorosa la sua malattia, o almeno la sua esperienza della malattia.

Sono cose, queste, che valgono per ogni forma di malattia: di quella del corpo, e di quella dell'anima; ma ha un senso la malattia, ha un senso la sofferenza?

Ma, ancora, come non ribadire la significazione umana, e in fondo terapeutica, delle parole e dei gesti con cui ci incontriamo con chi sta male? Se le parole non nascono dal cuore, se non sono parole leggere e profonde, gentili e assorte, sincere e fragili, fanno del male, e fanno del male i gesti che non sappiano testimoniare attenzione e partecipazione. Anche in una banale stretta di mano ci possono essere tracce di speranza, o invece di crudele indifferenza. Ma sono le parole, queste creature viventi, ad essere indispensabili nel rendere possibile, o impossibile, la comunicazione fra chi cura e chi è curato.

Come sarebbe bello ricordarsi di quello che ha scritto Etty Hillesum. «Si dovrebbe parlare delle questioni più gravi e importanti di questa vita solo quando le parole ci vengono semplici e naturali come l'acqua che sgorga da una sorgente».

Le parole con cui una malattia è illustrata al fine di realizzare il consenso informato, le parole con cui si risponde alle domande sulla natura della malattia e sulla sua evoluzione, le parole con cui si dicono queste cose ai familiari, le parole che invece *non* si dovrebbero dire quando chi sta male chieda di non essere informato della malattia: le parole sono così facili e così difficili: così necessarie e così pericolose.

Non è facile conciliare le esigenze di tempo con quelle del paziente. Il tempo necessario al medico per giungere alla diagnosi è un tempo che non sempre corrisponde a quello di cui ha bisogno chi sta male, e che vorrebbe descrivere i suoi disturbi ma anche dire le sue ansie e le sue preoccupazioni, le sue attese e le sue speranze. Sono tempi radicalmente diversi, certo, ma pensare alla cosa, e cercare di conciliare queste due diverse forme di agostiniana esperienza di tempo, è già terapia.

Nella sua pratica clinica il medico vive ai confini fra salute e malattia, e cioè dimora nel mondo della malattia senza identificarsi con essa, e la relazione fra il medico e il paziente, fra il corpo del paziente e la mano, e lo sguardo, del medico, è orientata alla conoscenza. La mano, e lo sguardo, del

medico, esplorando il corpo malato, ne scrutano gli enigmi; ma non dovrebbero dimenticare mai il rispetto dinanzi alla fragilità di un corpo che la malattia fa rivivere in modi diversi da quelli della vita non malata.

Nella umanizzazione della medicina, e sia pure in modi profondamente diversi, siamo tutti imbarcati: il medico, e il personale infermieristico, con le loro conoscenze e con le loro tecnologie; e i familiari con la loro presenza, con i loro gesti e, soprattutto, con le loro parole che sono così facili, e così difficili.

La prodigiosa avanzata delle tecnologie consente di giungere alla conoscenza delle malattie, alla diagnosi e alle indicazioni di cura, con una radicalità e con una rapidità che, in passato, non sarebbero state possibili, ma questo oggi avviene, o comunque può avvenire, senza tenere conto della persona malata: delle sue risonanze psicologiche e umane che, del resto sono così importanti anche nella evoluzione della malattia, e della sua cura.

Sì, la radicale importanza delle influenze psicologiche e personali sulla genesi talora, e sempre sull'andamento della malattia, o almeno sul modo con cui la malattia si svolge nel corso del tempo, è stata da tempo dimostrata: come la definizione e la fondazione tematica di quella, che è medicina psicosomatica, confermano al di là di ogni dubbio.

Sono considerazioni che la psichiatria consente di fare ma nella consapevolezza che al medico sia necessario, prima di altra cosa, riflettere sulla importanza che il tempo assume nella articolazione di un dialogo con il paziente. Un dialogo che consenta al paziente di rivivere e di comunicare i suoi disturbi nel contesto delle emozioni, delle angosce e delle inquietudini che ha provato, e delle attese, delle speranze e della disperazione, che lo hanno accompagnato. Sono cose facili da scrivere, e da consigliare, ma difficili da realizzare. Si perde tempo nell'ascoltare e nel creare un dialogo terapeutico che non può non essere psicoterapeutico: quando lo si intenda nel suo senso più ampio: non legato a questa, o a quella, scuola psicoterapeutica. Ma ha una enorme importanza sapere entrare in dialogo, sapere mettersi in relazione, con chi sia sommerso dalla malattia, dalla malattia tumorale in particolare, che ha bisogno di parole, e di ascolto, da parte del medico che, come ha scritto un grande oncologo francese, David Khayat, sono importanti nel rendere ancora efficaci chemioterapia e radioterapia.

Riflettere su questo è compito di una psichiatria che è scienza naturale ma anche scienza umana.

Eugenio Borgna
Via Pietra Scritta, 12
I-28021 Borgomanero (No)
E-mail: eugenioborgna@tiscali.it

LA MALATTIA DELLA SPERANZA. PER UNA CLINICA DEL LEGAME VIOLENTO

Federica Facchin

Abstract

SICK HOPE. TOWARDS A CLINICAL PSYCHOLOGY OF THE VIOLENT BOND. Feminist research literature has emphasized the importance of the sociocultural matrix of violence against women, especially with regard to the patriarchic system, whose decline is considered as associated with the dramatic increase of this phenomenon. However, Intimate Partner Violence (IPV) occurs in close relationships whose dynamics need to be described from a clinical perspective. In this work, the cycle of violence is presented starting from the initial phase (i.e., seduction) which leads to the formation of the couple. The logic of violence is then explored, focusing on three dimensions: narcissism, devastation (*ravage*), and preclusion of solitude. If the logic of violence aims at destroying one's own singularity, love implies the valorization of the unicity of the individual. The clinical practice follows the logic of love, as it rejects generalization and the flattery of the obvious.

Keywords

INTIMATE PARTNER VIOLENCE, NARCISSISM, DEVASTATION, PRECLUSION OF SOLITUDE

Riassunto

La letteratura femminista ha enfatizzato l'importanza della matrice socioculturale della violenza sulla donna, con particolare riferimento al sistema patriarcale il cui declino sarebbe associato ad un drammatico incremento del fenomeno. Tuttavia, l'Intimate Partner Violence (IPV) si verifica all'interno di un legame le cui dinamiche vanno descritte con sguardo clinico. Nel presente lavoro viene delineato l'andamento ciclico dell'IPV a partire dalla fase di seduzione che porta alla costituzione del legame. Viene in seguito descritta la logica della violenza come articolata intorno a tre vertici: narcisismo, devastazione (*ravage*) e preclusione della solitudine. Se la violenza mira alla distruzione della singolarità, l'amore implica invece la valorizzazione dell'unicità del soggetto. La clinica, rifiutando la generalizzazione e la lusinga dell'ovvietà, si fonda sulla logica dell'amore.

Parole chiave

INTIMATE PARTNER VIOLENCE, NARCISISMO, DEVASTAZIONE, PRECLUSIONE DELLA SOLITUDINE

I. Premessa: l'*Intimate Partner Violence*

La letteratura definisce come *Intimate Partner Violence* (IPV) tutte quelle forme di violenza (psicologica, fisica, sessuale, economica, minacce, *stalking*…) perpetrate da parte del partner nell'ambito di una relazione caratterizzata da intimità; è un concetto leggermente diverso da quello di violenza domestica, una più ampia categoria di abusi (ad esempio ai danni di minori, o di anziani) che si verificano nell'ambiente familiare (Dutton & Corvo, 2006; Roberts, 2007; Straus & Gelles, 1990). Si tratta di fenomeni la cui definizione risente dell'influenza di stereotipi e correnti di pensiero, *in primis* quella femminista, che tendono a concettualizzare l'IPV e la violenza domestica intorno alla dicotomia donna-vittima/uomo-carnefice (Dutton & White, 2013). La ricerca dimostra, invece, che molte e diverse sono le forme della violenza, della quale anche le donne possono essere autrici ai danni dei propri partner (Carney, Buttell & Dutton, 2006; Dutton & White, 2013).

È pur vero che, come messo in evidenza dal "Secondo rapporto sul femminicidio in Italia" dell'Eures,[1] la generale flessione degli omicidi volontari nel nostro Paese non si accompagna ad un'analoga riduzione dei cosiddetti "femminicidi" (179 nel 2013, vale a dire indicativamente una donna uccisa ogni due giorni); il rapporto parla di una "forte femminilizzazione" nella vittimologia

[1] Si veda il sito: http://www.publicpolicy.it/wp-content/uploads/2014/11/EURES_FEMMINICIDIO-2014_EMBARGO-19_11-ORE-10.pdf

di diversi reati contro la persona, mentre dalla parte degli autori si individua una netta prevalenza maschile (98% per le violenze sessuali; 84.4% per lo *stalking*; 83.1% per lesioni dolose; 75.6% per le percosse; 78.6% per le minacce; 65.3% per le ingiurie). Il fatto poi che la maggioranza di questi reati venga commessa in ambito familiare o più in generale da parte di partner ed ex partner suggerisce, come indicato nello stesso rapporto Eures, l'importanza di una rilettura delle dinamiche che caratterizzano il legame violento.

È questo l'obiettivo del presente lavoro, in cui ci si propone di interrogare i dati sopra riportati con gli strumenti della clinica. Nello scenario contemporaneo occorre tuttavia *fare memoria*. Ecco il punto di partenza.

II. La matrice socioculturale della violenza

Processo per stupro, 1979. Il microfono della giornalista raggiunge un gruppetto di donne radunatesi fuori dal Tribunale. La prima a prendere parola è la madre di uno dei quattro imputati. Insomma, che ci volete fare, suo figlio aveva moglie e bambino e quella là gli telefonava pure sul lavoro a rompere le scatole. «Ma se aveva famiglia perché ci andava?», chiede la giornalista. «Ma perché tutti gli uomini queste cose le fanno, che, è il primo che lo fa? Suo marito, se c'ha l'occasione non lo fa?». Una delle signore presenti interviene per darle manforte: «Sono le donne che oggi fanno schifo, sono le donne che si buttano addosso agli uomini».

È una tesi sostenuta anche da un giovane stupratore la cui intervista viene mandata in onda da Enzo Biagi in una trasmissione del 1983, *Film Story: Stupro*; sono le donne a provocare il maschio-cacciatore, perché se "la femmina" comincia ad uscire da sola la sera, con quegli abiti sempre più succinti, è nell'ordine delle cose che prima o poi qualcosa le accada. Partecipa alla trasmissione Tina Lagostena Bassi, "l'avvocato delle donne", seduta di fianco ad una delle sue assistite, Donatella Colasanti, sopravvissuta alla mattanza del Circeo. È Tina Lagostena Bassi a difendere Fiorella, la vittima, nel processo per stupro del 1979, filmato e mandato in onda dalla RAI.[2] La sua arringa è una denuncia della cultura maschilista che riduce la donna ad oggetto del godimento maschile e che si riflette anche in un certo modo di condurre i processi per violenza sessuale, in cui la difesa dell'imputato si traduce in un tentativo sistematico di diffamazione della vittima.

I difensori degli imputati si avvalgono del *latinorum* per dire che non capitano "certe cose" ad una donna che non se le cerca; non basta certo qualche ceffone, o la minaccia di un bastone, o il terrore di morire. Gli accusati, da parte loro, sono disposti a risarcire comunque "il danno" con un pagamento di due milioni di lire. L'immagine va protetta ad ogni costo e a questo pare ridursi l'onore. Persino la Legge, secondo un articolo del Codice Penale, il 587, abolito solo nel 1981, attenuava la pena (al massimo sette anni di reclusione) all'uomo che uccideva nello stato di furore causato dalla ferita arrecata al proprio nome.[3]

[2] Il documentario è reperibile *online* nella sua versione integrale.

[3] "Chiunque cagiona la morte del coniuge, della figlia, o della sorella, nell'atto in cui ne scopre la illegittima relazione carnale e *nello stato d'ira* determinato dall'offesa recata all'*onor suo o della famiglia*, è punito con la reclusione da tre a sette anni. Alla stessa pena soggiace chi, nelle dette circostanze, cagiona la morte della persona che sia in illegittima relazione carnale col coniuge, con la figlia o con la sorella".

È la corrente femminista ad aver individuato la matrice della violenza di genere nel patriarcato, fondato sul predominio dell'uomo sulla donna, inferiore dal punto di vista intellettuale e fisico (Pilcher & Whelehan, 2004). Il declino del sistema patriarcale prodotto dalla crescente autonomia acquisita dalla donna contemporanea viene posto all'origine dello scatenamento della violenza maschile; l'uomo, espropriato del proprio *status* e del diritto di possesso sul corpo femminile, sarebbe dunque precipitato in una crisi identitaria avente molteplici derive, non ultima quella omicida (Mascetti, 2014).

Un infelice discorso massmediatico (quello del "delitto passionale" o dell'"amore criminale") contribuisce ad alimentare il fantasma masochistico che intreccia l'amore con la devastazione;[4] esso si insinua nell'immaginario della donna, producendo un effetto di fascinazione che la predispone a pagare il prezzo del dolore per coltivare l'illusione di un amore unico, assoluto. Lo si legge nei diari di una ragazzina ventenne ammazzata dal fidanzato che stava cercando di lasciare dopo anni di feroci vessazioni. Il suo "micio", così lo chiamava, l'aveva sottoposta sin dall'inizio della loro relazione ad atti di inaudito sadismo, da lei meticolosamente annotati sulle pagine di un diario purtroppo rimasto segreto fino alla sua morte. Solo dopo molto tempo la ragazza riconosce che il "micio" è in realtà un giovane "Hannibal Lecter" dal quale fuggire, ma a questo punto della storia la sua adolescenza è già diventata un cimitero.[5]

L'uso improprio del linguaggio ricade sulla valutazione di questi reati da parte dell'opinione pubblica, soprattutto per quanto riguarda il concetto di *premeditazione*. L'omicidio viene così ricondotto al raptus, all'obnubilamento del pensiero che caratterizza l'*acting*. Le carte processuali raccontano però ben altre storie, nelle quali è facile rintracciare i segnali inequivocabili che anticipano la tragedia; si tratta generalmente di atti persecutori, minacce di morte sempre più elaborate in un'*escalation* dell'orrore che può terrorizzare la donna anche per anni, soprattutto se si considera che il 68.3% delle violenze avvengono in casa; di queste, il 58.7% vengono messe in atto nell'abitazione della vittima e nella quasi totalità dei casi (fino al 93% se l'autore è il partner) non sono denunciate (Istat, 2006).[6]

Non è dunque un "uomo nero" qualunque, spesso rappresentato nell'immaginario collettivo come l'"extracomunitario", a rapire e violentare le donne di passaggio nelle strade buie. Sono i mariti, i partner, gli ex partner ad annichilire le loro compagne nell'anima e nel corpo, fino all'eliminazione fisica. È proprio questa specificità dell'IPV a rivelare che certamente le coordinate del fenomeno sono da reperirsi nel contesto socioculturale, con particolare riferimento ai ruoli e alle funzioni legati al genere e alle loro vicissitudini. La stessa *Convenzione di Istanbul*, stipulata nel Maggio del 2011, sancisce l'impegno di tutti gli Stati europei nella lotta contro la violenza sulla donna, mettendone in luce le diverse forme e definendola precisamente come *violenza di genere*.[7] Se tuttavia l'attenzione alla dimensione socioculturale diventa esclusiva, il rischio è quello di approdare ad una lettura riduzionistica

[4] Per un'originale riflessione sulle parole del cosiddetto "femminicidio" si veda il testo di Lipperini e Murgia (2013).

[5] Questa e altre storie sono riportate nel lavoro di Iacona (2012).

[6] Per quanto riguarda lo *stalking*, si ricordi che il reato di "atti persecutori" è stato introdotto nell'articolo 612-bis del Codice Penale solo nel 2009.

[7] Le diverse manifestazioni di tale violenza sono quella fisica, psicologica, economica (vale a dire la riduzione della donna ad uno stato di dipendenza rispetto all'uomo che ad esempio le impedisce di lavorare, o prende possesso del suo stipendio), considerando anche i matrimoni forzati, le mutilazioni genitali femminili, i delitti commessi in nome del cosiddetto "onore", le minacce e gli atti persecutori. Per *violenza di genere* si intende infine una grave violazione dei diritti umani commessa ai danni della donna proprio in quanto donna e avente finalità discriminatoria. Nella *Convenzione di Istanbul* vengono dunque incoraggiati interventi di prevenzione nel contesto socioculturale di appartenenza.

del fenomeno, inchiodando la donna alla posizione di vittima impotente di una follia tutta maschile e perdendo di vista le dinamiche che caratterizzano i legami in cui la violenza si esprime.

III. La malattia della speranza

Alcuni autori (cfr. Baldry, 2006) hanno messo in evidenza quanto l'IPV abbia un andamento ciclico: l'esplosione della violenza è quasi sempre seguita dal tempo delle *false riappacificazioni*; la durata di questo periodo è variabile, l'uomo si mostra pentito, fa regali, giura che non accadrà mai più. Da parte sua la donna, confusa, continua a *sperare* che quel partner devastante cambi, se non addirittura di cambiarlo lei che, come diceva Joyce della moglie Nora (cfr. Lacan, 1975-76), "gli calza come un guanto". Ecco per quale ragione questo particolare tipo di violenza può essere considerato come una *malattia della speranza*.

È Vittorio Cigoli (1997, 2006) ad essersi interessato ai destini della speranza nei legami familiari, con particolare riferimento al divorzio e allo *pseudoscisma coniugale* come impossibilità di gestire la fine della relazione. Il legame può così essere *disperante* (Cigoli, Galimberti & Mombelli, 1988) se, nonostante il divorzio, si continua a sperare in *quel* legame, e dunque nel cambiamento dell'altro (Forma 1), o si avverte il bisogno assoluto di liberarsi del male situandolo nell'altro persecutore, che occorre far sparire per continuare a sperare *nel* legame in sé (Forma 2).

Non ci si può dunque separare, fino alla precipitazione di questo impossibile nel corpo, con la fusione dell'uno nell'altro: "Io non sono senza te". È questa una forma estrema di patologia del legame, dove la *negazione dell'alterità* produce un ripiegamento della relazione sul possesso, sulla manipolazione e sull'odio dell'altro, il cui spazio proprio di esistenza, di pensiero e di sentimento non può essere riconosciuto.

Ecco il *proprium* della logica della violenza: il sistematico annichilimento della singolarità, della differenza che l'altro introduce nella relazione. È un processo che si attiva fin dalla costituzione della coppia, aspetto ancora poco evidenziato dalla letteratura sul tema. La spirale, il circolo vizioso della violenza ha infatti inizio con la *seduzione*, un tempo preliminare ad ogni e qualsiasi intreccio amoroso, che tuttavia presenta delle peculiarità nell'incastro della coppia in cui esploderà la violenza. In questi casi il *se-ducere*, vale a dire l'avvicinamento dell'altro a sé, è finalizzato alla distruzione dei confini esistenziali di ciascuno per costituire un Uno fusionale. Ha così inizio una "follia a due" che esclude l'elemento terzo, altro, esitando talvolta in una totale perdita di interesse per il mondo esterno, in un ripiegamento autistico sulla coppia che diventa simbiotica.

Comincia qui, in una parvenza di "idillio relazionale", l'incubazione del germe della violenza. L'uomo acquisisce progressivamente il controllo sulla donna che diventa "sua" e la mette nel posto in cui lei gli serve. Per Marco Mariolini, altrimenti conosciuto come "il cacciatore di anoressiche", la compagna Monica, che poi ucciderà, diventa una *protesi* indispensabile per la propria esistenza. Lo dice bene quando, intervistato in carcere dalla giornalista Franca Leosini,[8] chiarisce la funzione di questa donna, alla quale impone un regime di restrizione alimentare perché raggiunga e rigorosamente mantenga un peso di trentatre chili. Il corpo anoressico della compagna gli serve a garantire la propria

[8] Anche questo filmato è reperibile online.

tenuta psichica e un etto in più lo getta in uno stato di angoscia insostenibile. Senza di lei, lui non è.

La seduzione iniziale prepara dunque il terreno per il progressivo *isolamento* della donna – a questo proposito Mariolini dice: "Io l'ho sradicata" – e per una lenta ma inesorabile *svalorizzazione* del suo essere. La *segregazione* e la *violenza psicologica* precedono la *violenza fisica* e *sessuale* (Baldry, 2003, 2006; Baldry & Ferraro, 2010), il cui scatenamento avviene quando la donna cerca di smarcarsi dalla posizione in cui l'uomo l'ha messa, o semplicemente non vi corrisponde.

IV. La logica della violenza: narcisismo, devastazione e preclusione della solitudine

È l'attrazione per il fiore narciso a causare la sciagura della piccola Persefone, perché Ade, signore degli Inferi, la rapisce e la trascina disperata sul suo carro d'oro. Il mito di Narciso, nelle sue versioni, mette in luce l'intrinseco legame tra il *narcisismo* e la *morte*. La clinica psicoanalitica individua il carattere distintivo del *narcisismo* nella potenza distruttiva fondata sulla diffusione del dolore e dell'angoscia; sulla negazione dell'altro che viene sedotto, sfruttato, abusato, ridotto a mero "riflesso"; sulla costante oscillazione tra l'estasi di un Sé percepito come onnipotente, grandioso, e la caduta nel baratro depressivo quando viene meno l'"ammirazione specchiante" (Cigoli & Facchin, 2014).

Paul-Claude Racamier (1992, 2014), occupandosi di *perversione narcisistica*, sottolinea la tendenza alla prevaricazione e alla manipolazione dell'altro, il delirio di autosufficienza (se non addirittura di autogenerazione) che esita nell'attacco distruttivo al mondo dei vincoli interpersonali e sociali. Un perverso narcisista non ha Dio né padrone, è il figlio di *nessuno* e fa pagare all'altro il prezzo della propria partita: "io non ti devo niente". Non ringrazia, né chiede scusa; non è disposto a fare il lutto di alcuna perdita. Assoggetta il linguaggio al proprio capriccio, in un regime di mistificazione del pensiero al confine tra la mitomania e la paranoia.

Alcuni autori (Filippini, 2005; Hirigoyen, 2000) evidenziano quanto la dinamica perversa descritta da Racamier sia frequentemente individuabile nei legami di coppia caratterizzati da violenza psicologica, o più in generale in tutte quelle forme di "molestie morali" (Hirigoyen, 2000) perpetrate ai danni della donna nel contesto familiare o lavorativo. La vittima, in questi casi, si trova intrappolata in una rete di ragno che paralizza la mente fino alla perdita dell'esame di realtà; così la persona, senza nemmeno accorgersene, partecipa ad una dinamica collusiva che può produrre una condizione di *stress* cronico.

Sul versante maschile la violenza si fonda dunque sulla riduzione della donna ad oggetto del quale godere feticisticamente e secondo la logica del proprio fantasma. È il contributo prezioso dell'insegnamento di Lacan con particolare riferimento al *Seminario XX*, nel quale il godimento dalla parte dell'uomo viene descritto come tutto organizzato dalla funzione fallica e dalla tensione verso un oggetto causa di desiderio (il "divino dettaglio" prelevato dal corpo della donna). La deriva violenta avviene quando l'uomo non coglie che *c'è qualcosa in più*, vale a dire l'alterità, l'estraneità che ciascuna donna con la sua singolarità inevitabilmente incarna.[9]

Così la donna viene interamente ridotta ad oggetto feticizzato, o meglio, accetta senza porre alcuna

[9] È noto quanto tale estraneità possa essere oggetto d'odio, tanto da parte degli uomini, quanto da parte delle donne. La barbara (come Medea nella splendida versione di Christa Wolf, 1996), la strega, la sgualdrina… sono i nomi che l'alterità può assumere quando non la si comprende. Del resto, ciò che non si può dire bene lo si diffama.

condizione – e senza dunque essere in grado di proteggersi – di essere tutta presa dentro al dispositivo di godimento maschile. Purtroppo non può accorgersi del pericolo, perché interpreta certi segnali (ad esempio un eccesso di gelosia da parte del partner) come espressione della tenera fragilità prodotta da un amore che la fa sentire *unica*. Ecco l'apparente *guadagno d'essere* che la donna cerca di preservare quando giustifica la mano che la colpisce, quando accetta di rinunciare a tutto: ad un interesse particolare, al lavoro, alle amiche, alla famiglia. Non ci sono limiti alle concessioni che una donna può fare per un uomo (Lacan, 1974) e qui si situa lo scivolamento verso la devastazione (*ravage*).[10]

La violenza, come la follia (e come l'amore) ha dunque una sua logica nella quale si articolano da un lato la dinamica narcisistico-perversa, la specificità del godimento maschile e il *ravage* sul versante femminile; dall'altro – sia per l'uomo, sia per la donna – la *preclusione della solitudine*, vale a dire l'impossibilità di accedere ad una condizione esistenziale di *solitudine creatrice* che, a differenza dell'*isolamento*, implica la capacità di sviluppare un proprio discorso interiore pur nell'apertura all'altro.[11] La solitudine non esclude infatti la relazione, la rende piuttosto possibile lasciando uno spazio vuoto per l'attesa desiderante, per la tensione progettuale verso il futuro, per il piacere di coltivare la propria vita e così la propria differenza.

Se la coppia diventa fusionale, com'è proprio dei legami violenti, ogni e qualsiasi elemento terzo che possa introdurre un principio di separazione (un'amicizia, un legame privilegiato con un famigliare, un qualsiasi interesse per il mondo esterno) scatena un'angoscia non simbolizzabile, non dicibile e dunque agita nella violenza. In questo senso l'*acting out* violento, fino al passaggio all'atto omicida-suicida, è in sé muto.

V. L'amore e la clinica

L'amore si costruisce come un discorso che dà valore alla singolarità dell'altro, ed è per questo che – come insegna Jacques Lacan – è sempre amore di un nome, di *quel* nome che con la sua unicità si sottrae all'universale, all'essere come tutti gli altri; non a caso, "il momento in cui viene pronunciato il nome, di colui o colei a cui si rivolge il nostro amore, sappiamo molto bene che rappresenta una soglia della massima importanza" (Lacan, 1962-63, p. 369).

Se l'uomo preleva dalla propria amata un tratto, un "divino dettaglio" del corpo, dello sguardo, della voce, e su di esso organizza il proprio desiderio, la donna è invece appassionata delle parole, non di parole qualsiasi, bensì di parole che si facciano segno d'amore e che per lei non sono mai abbastanza, non dicono mai tutto; non *la* dicono mai tutta. Per questo ne chiede *Ancora*,[12] portando talvolta la sua domanda all'estremo, oltre il limite che separa il piacere dal dolore, la vita dalla morte, come è proprio ad esempio di una certa forma della scelta anoressica, della ragazza che volutamente si affama.

[10] Va tuttavia precisato che la donna, pur essendo implicata nella violenza che subisce secondo le coordinate cliniche sopra delineate, non ne ha alcuna colpa. Quel triste "se l'è cercata", o peggio ancora "vorrà dire che le va bene così", è un drammatico fraintendimento che circola nel discorso socialmente condiviso con esiti stigmatizzanti. Così infatti si favorisce la violenza gettando le donne nella vergogna, che di certo non aiuta a trovare le parole per chiedere aiuto.

[11] Sulla differenza tra l'esperienza della solitudine e quella dell'isolamento si veda il bellissimo lavoro di Eugenio Borgna (2011).

[12] "Ancora" è il titolo del ventesimo Seminario tenuto da Lacan nell'anno 1972-1973, in cui lo psicoanalista francese tratta la questione dell'amore e della sessuazione, distinguendo il godimento maschile da quello femminile, che definisce come "Altro".

La clinica accoglie la logica dell'amore perché anch'essa rifiuta la generalizzazione. Il *proprium* del metodo clinico, nella ricerca come nella pratica, è infatti quello di rivolgersi al "caso per caso", alla valorizzazione della singolarità di ciascun soggetto che non può essere ridotta ad alcuno "standard". Si tratta dunque di saperci fare con la contingenza, vale a dire di aprirsi all'inatteso, di rispettare fino in fondo l'irriducibile alterità della persona; l'unico "regime" è infatti quello dell'incontro, della sorpresa, della molteplicità dei destini possibili.

Ecco perché l'appiattimento sulla dicotomia uomo-carnefice/donna-vittima è riduzionistico e fuorviante: come tutte le categorizzazioni, non dà conto della complessità del fenomeno e inchioda i soggetti che vi partecipano all'una o all'altra posizione. La clinica può invece reintrodurre movimento nella fissità del discorso socialmente condiviso, mostrando quanto il cambiamento sia possibile; così, l'uomo può interrogare la propria violenza assumendosene la responsabilità; la donna può invece essere accompagnata in un percorso di soggettivazione della propria scelta di un partner violento (il partner-*ravage*),[13] fino a decidere di uscire per sempre dalla devastazione. Per entrambi si tratta comunque di riconoscersi come parte di una storia che riconduce alle rispettive origini; lì va situato il vero inizio.

VI. Per concludere: la *statica* della violenza

La statistica, com'è noto, informa ma non conferisce senso. Occorre così avvalersi di altri strumenti per leggere dati comunque necessari affinché fenomeni socialmente rilevanti quali il cosiddetto "femminicidio" – e più in generale la violenza sulla donna – possano essere interrogati. A questo proposito, la clinica offre coordinate preziose per leggere la dinamica che caratterizza il legame violento senza cadere nella mera distribuzione di colpe, o nella lusinga del *pathos*, o di ciò che appare immediatamente evidente.

Siamo così partiti dal *fare memoria*, per ricordare che l'IPV affonda le sue radici in una matrice socioculturale orientata in senso patriarcale, un sistema che ha cominciato a "scricchiolare" con la crescente emancipazione femminile. È una chiave di lettura sostenuta ad esempio dal movimento femminista, che tuttavia non consente di cogliere pienamente le specificità del legame violento. Esso presenta infatti una propria *logica* fin dal momento della sua costituzione, configurandosi come una "folie à deux" in cui è precisamente l'alterità ad essere tolta di mezzo: quella dell'elemento terzo che rischia di rompere la parvenza di idillio fusionale e, soprattutto, quella della donna stessa che viene ridotta ad oggetto di godimento feticistico.

La simbiosi satura lo spazio della mente e l'andamento ciclico dell'IPV schiaccia il legame su un regime di ripetizione, vale a dire l'eterno ritorno della sequenza violenza-riappacificazione (falsa), che *fa ammalare la speranza*. Ecco il paradosso: continuare a sperare che un cambiamento sia possibile pur versando in una condizione esistenziale di intrappolamento, di asfittica circolarità che impedisce ogni e qualsiasi movimento. In fondo, si potrebbe dire che concettualizzare il legame violento in termini di *dinamica* non sia poi tanto appropriato; l'IPV si caratterizza piuttosto per una sua *statica*, per la tendenza all'autoperpetuazione che si situa sul versante dell'automatismo.

[13] Cfr. J.-A. Miller (2003).

La *statica* della violenza si struttura intorno ai tre vertici del narcisismo, del *ravage* e della preclusione della solitudine, coordinate la cui articolazione logica consente di individuare elementi clinici cruciali per definire la configurazione di questa "trappola".

Al regime di necessità, di eterna ripetizione che caratterizza l'IPV si oppone la clinica, che fondandosi sulla logica dell'amore dà voce e valore alla singolarità, si apre all'imprevisto, alla molteplicità dei destini possibili, offrendosi come mano che si tende al soggetto – che sia vittima o autore della violenza – per indicargli una via d'uscita dalla trappola mortifera. Solo ricordando che lì, seppur nel dolore, c'è ancora della vita di cui occuparsi, è possibile interrompere la circolarità e reintrodurre quella tensione verso il futuro, quell'attesa desiderante di cui si nutre la speranza.

BIBLIOGRAFIA

BALDRY, A. (2003). La violenza sulla donna in famiglia. In U. Nizzoli & M. Pissacroia (Eds.). *Trattato generale degli abusi e delle dipendenze*, vol. I. (pp. 289-295). Padova: Piccin.

BALDRY, A. (2006). *Dai maltrattamenti all'omicidio. La valutazione del rischio di recidiva e dell'uxoricidio*. Milano: Franco Angeli.

BALDRY, A., & FERRARO E. (2010). *Uomini che uccidono. Storie, moventi e investigazioni*. Milano: CSE.

BORGNA, E. (2011). *La solitudine dell'anima*. Milano: Feltrinelli.

CARNEY, M., BATTELL, F., & DUTTON, D. (2006). Women who perpetrate intimate partner violence: A review of the literature with recommendations for treatment. *Aggression and Violent Behavior, 12*, 108-115.

CIGOLI, V. (1997). *Intrecci familiari. Realtà interiore e scenario relazionale*. Milano: Raffaello Cortina.

CIGOLI, V. (2006). *L'albero della discendenza. Clinica dei corpi familiari*. Milano: Franco Angeli.

CIGOLI, V., & FACCHIN, F. (2014). Narcisismo: dagli intrecci narrativi alla clinica del legame di coppia. *Sociologia, 2*, 47-53.

CIGOLI, V., GALIMBERTI, C. & MOMBELLI, M. (1988). *Il legame disperante. Il divorzio come dramma di genitori e figli*. Milano: Raffaello Cortina.

DUTTON, D. G., & CORVO, K. (2006). Transforming a flawed policy: A call to revive psychology and science in domestic violence research and practice. *Aggression and Violent Behavior, 11,* 457-483.

DUTTON, D. G., & WHITE, K. R. (2013). Male victims of domestic violence. *New Male Studies: An International Journal, 2*, 5-17.

FILIPPINI, S. (2005). *Relazioni perverse. La violenza psicologica nella coppia*. Milano: Franco Angeli.

HIRIGOYEN, M. F. (2000). *Molestie morali. La violenza perversa nella famiglia e nel lavoro*. Torino: Einaudi.

IACONA, R. (2012). *Se questi sono gli uomini*. Milano: Chiarelettere.

LACAN, J. (1962-63). *Le séminaire. Livre X. L'angoisse*. Paris: Le Seuil. (Trad. it. *Il seminario. Libro X. L'angoscia*. Torino: Einaudi, 2007).

LACAN, J. (1972-73). *Le séminaire. Livre XX. Encore*. Paris: Seuil. (Tr. it. *Il Seminario. Libro XX. Ancora*. Torino: Einaudi, 2011).

LACAN, J. (1974). *Television*. Paris: Seuil. (Tr. it. *Radiofonia (1970). Televisione (1974)*. Torino: Einaudi, 1982).

LACAN, J. (1975-76). *Le séminaire. Livre XXIII. Le sinthome*. Paris: Seuil. (Tr. it. *Il seminario. Libro XXIII. Il sinthomo*. Roma: Astrolabio, 2006).

LIPPERINI, L., & MURGIA, M. (2013). *"L'ho uccisa perché l'amavo". Falso!*. Bari: Laterza.

MASCETTI, A. (2014). Il corpo della donna tra rappresentazione e violenza. *Dialoghi Adleriani, 2,* 75-82.

MILLER, J.-A. (2003). La teoria del partner. *La Psicoanalisi, 34,* 22-83.

PILCHER, J., & WHELEHAN, I. (2004). *50 key concepts in gender studies*. London: SAGE.

RACAMIER, P.-C. (1992). *Il genio delle origini*. Milano: Raffaello Cortina.

RACAMIER, P.-C. (2014). On narcissistic perversion. *International Journal of Psychoanalysis, 95,* 119-135.

ROBERTS, A. (Ed.). (2007). *Battered women and their families*. New York: Springer Publishing.

STRAUS, M. A., & GELLES, R. J. (1990). *Physical violence in American families*. New Brunswick: Transaction.

WOLF, C. (1996). *Medea. Voci*. Roma: E/O.

Federica Facchin
Facoltà di Psicologia
Università Cattolica di Milano
Largo A. Gemelli 1 - 20123 MI
Email: federica.facchin@unicatt.it

INTERVIEW WITH SILVIA VEGETTI FINZI

Giuseppe Ferrigno

Abstract

The interview includes a series of questions to Silvia Vegetti Finzi, whose personal history is characterized by constant intellectual work and by passionate social commitment in terms of the rights of women, children, adolescents, elderly people. For many years Vegetti Silvia Finzi has been an encouraging supporter of Adlerian initiatives and currently is a member of the "International Scientific Committee" of the journal "Dialoghi adleriani". The various questions call her for a reflection on the current psychotherapeutic models, on the possibility of a dialogue between different therapeutic models and a meeting between psychoanalysis and neuroscience, on the future of *Depth Psychology* in contemporary society, on the status of women, children and adolescents inside the new geometry of the modern family, on current biotechnology applied to motherhood, on the role of women-mother.

Keywords

INTERVIEW, INDIVIDUEL PSYCHOLOGY/PSYCHOANALYSIS, WOMEN, CHILDREN/ADOLESCENTS/ELDERLY PEOPLE, BIOTECHNOLOGY

Riassunto

L'intervista comprende una sequenza di domande rivolte a Silvia Vegetti Finzi, la cui storia personale si caratterizza per il costante lavoro intellettuale e per l'appassionato impegno sociale sul fronte dei diritti delle donne, dei bambini, degli adolescenti, degli anziani. Da tanti anni Silvia Vegetti Finzi è sostenitrice incoraggiante delle iniziative adleriane ed attualmente è membro del "Comitato Scientifico Internazionale" della rivista "Dialoghi adleriani. Le varie domande la invitano a una riflessione sui modelli psicoterapeutici attuali, sulla possibilità di un dialogo fra modelli terapeutici differenti e di un incontro fra psicoanalisi e neuroscienze, sul futuro della *Psicologia del profondo* nella società contemporanea, sulla condizione femminile, sulla situazione psicologica infantile e adolescenziale all'interno della nuova geometria della famiglia moderna, sulle attuali biotecnologie applicate alla maternità, sul ruolo della donna-madre.

Parole chiave

INTERVISTA, PSICOLOGIA INDIVIDUALE/PSICOANALISI, DONNE/ADOLESCENTI/ANZIANI, BIOTECHNOLOGY

Giuseppe Ferrigno: You come from a psychoanalytic background. Have you changed your understanding of Freudian theory in the light of recent discoveries of neuroscience?

Silvia Vegetti Finzi: No, I haven't. Freud in the "Project" (1895) already wished the meeting between psychoanalysis and neuroscience. But I think they are very different with their own stories, backgrounds and special lexicons. It's advisable that, under treatment, they can work together and dialogue in theory but without converging into a unified science that would risk getting lost in a maze of similarities, more suggestive than real.

Giuseppe Ferrigno: For many years you have been an encouraging supporter of adlerian initiatives, also as a member of the "International Scientific Committee" of the journal "Dialoghi adleriani". What do you think of the theoretical adlerian model?

Silvia Vegetti Finzi: I think it could bring a useful contribution to classical psychoanalysis for many reasons: because it is attentive to the present as well as to the past; because it watches out to the society and to culture in which the individual lives; because concepts like "sense of inferiority" fully capture the current uneasiness; because the term "lifestyle", that is always interactive, allows us to understand the individual dimension without flattening it on Ego and on Mine. In fact the "life project" enhances the individual's resources, his abilities to use the degrees of freedom he'll be able to conquer and become the *subject*, rather than the *object*, of his biography.

Giuseppe Ferrigno: What do you think of the current psychotherapeutic models?

Silvia Vegetti Finzi: I appreciate the research, in all schools, but with more awareness in the Adlerian one, to develop appropriate therapeutic models, able to consider the theoretical references, the personality and the history of the patient but also the interference of the therapist who has his own psychic attitude and a value system that can be analyzed but not ignored.

Giuseppe Ferrigno: In your opinion, if we enter the counter-transfert, it still makes sense to speak of analyst-mirror in a therapeutic setting, as it was recommended by the classical psychoanalysis?

Silvia Vegetti Finzi The analyst-mirror can be found in the first phase of the psychoanalytic studies on the technique of psychoanalysis, but Freud himself later changed his mind introducing the terms transfert and countertransfert. Currently this is the most debated issue in journals depending on the IPA. In particular, it' s particularly actual the debate on empathy, a typically Adlerian concept, now taken up by everyone.

Giuseppe Ferrigno: Is it possible a dialogue between different therapeutic models?

Silvia Vegetti Finzi: It's desirable, although difficult, and the Adlerian school is the most open in this direction, perhaps because its founder has never been sanctified. Adlerian knowledge is much more secular than others, especially the Lacanian one, even if it keeps alive the tension for the great themes of philosophical reflection and religious faith. Its thinking is investing the most urgent problems of society, such as the psychosomatic ones and the bioethic ones.

Giuseppe Ferrigno: As a member of the "Permanent National Observatory for Childhood and Adolescence", how do you see the present psychological situation of children and adolescents in the new geometry of the modern family?

Silvia Vegetti Finzi Finzi: For some time I haven't been part of that institution. I was moved away many years ago by Roberto Maroni of the "Northern League", just come to power. Nevertheless I have never ceased to wonder about childhood and adolescence. I think that this fragile stage of life is affected by all the contradictions of our time. I think our view is often adult. Instead, we should first consider the welfare of the people with no words. Children can enjoy only the rights we'll be able to give them.

Giuseppe Ferrigno: You have dealt a lot with feminine condition. In 1980 you became a member of the "Feminist Movement". How do you view the male- female relationships in the light of recent events and the alarming statistics on femicides ?

Silvia Vegetti Finzi I believe that women's emancipation, though valid and necessary, is producing in men an anxiety lethal and not shared that only a great cultural effort could solve, at least basically. Adler knows that the individual lives in history, in society, in Community, in the family and all the contradictions and conflicts that disturb these areas involve and distabilize him.

Giuseppe Ferrigno: You write in different women's pages for ther general public and psychological consultation and therefore you have a vantage point on the modern woman. In psychotherapy

sessions we can often see that many women, even though they have fought on the front lines all the battles on women's emancipation, they speak a lot mainly about their problems of ties and emotional dependence on man. What do you think of this paradox?

Silvia Vegetti Finzi: I think that the times of society and of intentional, conscious language are very different from the Unconscious ones where, according to a line of Freud, "the sorrels still roam".

Giuseppe Ferrigno: In 1990 you were one of the founders of the "Bioethics Council". Regarding the current biotechnology applied to motherhood, how could we propose the role of the woman-mother today?

Silvia Vegetti Finzi: It's the last of the certainties in crisis. Currently we swing between two choises: to root motherwood in the body, marked by a "naturalness" never existed or make it a spiritual function manipulated as they want. We have reached the core of culture: the body-mind relationship. In this antinomy women line up under one or the other official insignia according to their personal desires. But bioethics doesn't make headway.

Giuseppe Ferrigno: Our society is increasingly made up of elderly people. Do you believe that their role has changed?

Silvia Vegetti Finzi: I listened especially grandparents and I must say that the central role they have taken in the geometry of the family has changed the structure of the system and the rules of exchange.

Giuseppe Ferrigno: The elderly are often in default. Is it possible a psychotherapy of the elderly people?

Silvia Vegetti Finzi: Yes, it's crazy not to take old persons in therapy because they have little life before them. Psychotherapy, like the Adlerian one, is the most suitable to take all the possible resources from the present and the future. The things that matter can't be counted. And even when the intellectual faculties seem in deterioration, we can slow down the degenerative processes and support the vital ones, to the last.

Giuseppe Ferrigno: Do you think it's possible to recover the figure of the teacher in the school of today for the growth of children and adolescents?

Silvia Vegetti Finzi: Teachers are among the few valued forces in society. Many of them believe in their work and strive to do it the best they can. Psychoanalysis can understand, support and appreciate them. I hope that we can increase the dialogue between the educational sphere and the therapeutic one. The synergy of skills always produces good results.

Giuseppe Ferrigno: How do you imagine the future of Depth Psychology in contemporary society?

Silvia Vegetti Finzi: In this time of superficiality and haste, the analysis of the deep is certainly outdated. As Freud said, it's long, hard, expensive. But there is something even more expensive: stupidity.

INTERVISTA A SILVIA VEGETTI FINZI

Giuseppe Ferrigno

Giuseppe Ferrigno: Lei ha una formazione psicoanalitica. È cambiato il suo modo di intendere la teoria freudiana alla luce delle recenti scoperte delle neuroscienze?

Silvia Vegetti Finzi: No, non è cambiato. Già Freud, nel "Progetto" (1895) auspicava l'incontro tra psicoanalisi e neuroscienze. Ma io credo che si tratti di ambiti diversi, con storie, ambiti e lessici particolari. È opportuno che, nel campo terapeutico, possano collaborare e in quello teorico dialogare ma senza convergere in una scienza unificata che rischierebbe di smarrirsi in un labirinto di analogie, più suggestive che reali.

Giuseppe Ferrigno: Da molti anni lei è una sostenitrice incoraggiante delle iniziative adleriane, anche come membro del "Comitato Scientifico Internazionale" della rivista "Dialoghi adleriani". Cosa pensa del modello teorico adleriano?

Silvia Vegetti Finzi: Che possa portare un contributo utilissimo alla psicoanalisi classica per molte ragioni: perché è attento al presente oltre che al passato; perché non distoglie mai lo sguardo dalla società e dalla cultura in cui l'individuo vive; perché concetti come "senso di inferiorità" colgono appieno il malessere attuale; perché la definizione "stile di vita", che è sempre interattivo, ci permette di comprendere la dimensione individuale senza appiattirla sull'Io e sul Mio. Perché il "progetto di vita" valorizza le risorse dell'individuo, la sua capacità di utilizzare i gradi di libertà che saprà conquistare per diventare soggetto, anziché oggetto, della sua biografia.

Giuseppe Ferrigno: Come valuta il panorama dei modelli psicoterapeutici attuali?

Silvia Vegetti Finzi Apprezzo la ricerca, in tutte le scuole, ma con più consapevolezza in quella adleriana, di elaborare modelli terapeutici appropriati, capaci di tener conto dei riferimenti teorici, della personalità e della storia del paziente ma anche delle interferenze del terapeuta che possiede un suo assetto psichico e un sistema di valori che possono essere analizzati ma non ignorati.

Giuseppe Ferrigno: Secondo lei, se ci addentriamo nel controtransfert, ha ancora senso parlare, come veniva raccomandato dalla psicoanalisi classica, di analista-specchio all'interno di un setting terapeutico?

Silvia Vegetti Finzi: L'analista-specchio si ritrova in una prima fase degli studi psicoanalitici sulla tecnica psicoanalitica, ma Freud stesso si era successivamente ricreduto introducendo i termini transfert e controtransfert. Attualmente questo è il tema più dibattuto sulle riviste che fanno capo all'IPA. In particolare risulta particolarmente attuale il dibattito sull'empatia, concetto tipicamente adleriano, ora ripreso da tutti.

Giuseppe Ferrigno: È possibile un dialogo fra modelli terapeutici differenti?

Silvia Vegetti Finzi: È auspicabile, anche se difficile, e la Scuola adleriana è la più aperta in tal senso, forse perché il suo fondatore non è mai stato sacralizzato. Il sapere adleriano è molto più laico di altri, in particolare di quello lacaniano, pur mantenendo viva la tensione verso i grandi temi della riflessione filosofica e della fede religiosa. La sua riflessione sta investendo i problemi più urgenti della società, come quelli psicosomatici, intesi come presa in carico globale del paziente, e bioetici.

Giuseppe Ferrigno: Lei, in quanto membro dell'"Osservatorio Permanente Nazionale per l'infanzia e l'adolescenza", come vede attualmente la situazione psicologica infantile e adolescenziale all'interno della nuova geometria della famiglia moderna?

Silvia Vegetti Finzi: Da tempo non faccio parte di quella istituzione. Ne fui allontanata molti anni fa da Roberto Maroni, della Lega Nord, appena giunto al potere. Ciò non toglie che, da "bambinologa" qual sono, non abbia mai cessato di interrogarmi sull'infanzia e l'adolescenza. Mi sembra che questa fragile fase della vita sia colpita da tutte le contraddizioni della nostra epoca. Credo che il nostro sguardo sia spesso adultocentrico: dobbiamo invece tener conto innanzitutto del benessere di chi non ha parola. I bambini possono godere soltanto dei diritti che noi sapremo concedere loro.

Giuseppe Ferrigno: Lei si è occupata molto della condizione femminile. Nel 1980 è entrata a far parte del "Movimento femminista". Come vede i rapporti uomo-donna alla luce dei recenti fatti di cronaca e delle allarmanti statistiche sui femminicidi.

Silvia Vegetti Finzi: Credo che l'emancipazione delle donne, seppure giusta e necessaria, stia provocando negli uomini un'angoscia inelaborata, non condivisa, mortifera, che solo un grande sforzo culturale potrebbe almeno tendenzialmente risolvere. Adler sa che l'individuo vive nella storia, nella società, nella comunità, nella famiglia e che tutte le contraddizioni e i conflitti che turbano questi ambiti lo coinvolgono e lo destabilizzano.

Giuseppe Ferrigno: Lei scrive in diverse rubriche femminili di divulgazione e consultazione psicologica e, quindi, ha un punto di osservazione privilegiato sulla donna moderna. Spesso nelle sedute di psicoterapia, possiamo constatare che molte donne, sebbene abbiano combattuto in prima linea tutte le battaglie sull'emancipazione femminile, parlano abbondantemente soprattutto di problematiche di legame e di dipendenza affettiva dall'uomo. Cosa pensa di questo paradosso?

Silvia Vegetti Finzi: Penso che i tempi della società e del linguaggio intenzionale e cosciente siano molto diversi da quelli dell'Inconscio dove, secondo una battuta di Freud: "scorrazzano ancora i sauri".

Giuseppe Ferrigno: Nel 1990 è stata tra le fondatrici della "Consulta di Bioetica". A proposito delle attuali biotecnologie applicate alla maternità, come crede si possa riproporre oggi il ruolo della donna-madre?

Silvia Vegetti Finzi: È l'ultima delle certezze messe in crisi. Attualmente si oscilla tra radicare la maternità nel corpo, all'insegna di una "naturalezza" mai esistita, oppure di renderla una funzione spirituale manipolabile a piacimento. Siamo giunti al nocciolo duro della cultura: il rapporto corpo-mente. In questa antinomia le donne si schierano sotto l'una o l'altra insegna a seconda dei loro desideri personali. Ma la bioetica non fa passi avanti.

Giuseppe Ferrigno: La nostra società è sempre più composta da anziani. Lei ritiene che sia cambiato il loro ruolo?

Silvia Vegetti Finzi: Ho ascoltato soprattutto i nonni e debbo dire che il ruolo centrale che hanno assunto nella geometria della famiglia ha cambiato le strutture del sistema e le regole di scambio.

Giuseppe Ferrigno: Spesso l'anziano è in default. È possibile una psicoterapia dell'anziano?

Silvia Vegetti Finzi: Sì, è una follia non prendere in terapia un anziano perché ha poca vita dinnanzi a sé. Una psicoterapia, come quella adleriana, è la più idonea per trarre dal presente e dal futuro tutte le risorse possibili. Le cose che contano non si contano. E anche quando le facoltà intellettuali sembrano in via di deterioramento, si possono rallentare i processi degenerativi e sostenere quelli vitali, sino all'ultimo.

Giuseppe Ferrigno: Come pensa sia possibile recuperare la figura dell'insegnante nella scuola di oggi, per la crescita del bambino e dell'adolescente?

Silvia Vegetti Finzi: Gli insegnanti sono tra le poche forze valide della società. Molti credono nel loro lavoro e si battono per farlo il meglio possibile. La psicoanalisi li può comprendere, sostenere e valorizzare. Spero che tra l'ambito educativo e quello terapeutico s'incrementi il dialogo. La sinergia delle competenze produce sempre buoni frutti.

Giuseppe Ferrigno: Come vede il futuro della Psicologia del profondo nella società contemporanea?

Silvia Vegetti Finzi: Nel tempo della superficialità e della fretta l'analisi del profondo è indubbiamente inattuale. Come dice Freud, è lunga, faticosa, costosa. Ma c'è una cosa più costosa ancora: la stupidità.

IN LIBRERIA

A CURA DI MONICA GIAREI

BALBO, M. (2015). *EMDR e disturbi dell'alimentazione. Tra passato, presente e futuro*. Firenze: Giunti Editore

A partire dalle ricerche più attuali sui Disturbi del Comportamento Alimentare il volume indica la necessità di un metodo psicoterapeutico che intervenga direttamente sulle esperienze traumatiche precoci, per consentirne l'elaborazione e la risoluzione adattiva. Sulla base di una visione teorica d'insieme dei disturbi dell'alimentazione, particolare attenzione viene posta all'EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing): un approccio psicoterapeutico complesso ma ben strutturato che utilizza particolari modalità di stimolazione oculare e che può essere integrato nei programmi terapeutici per i disturbi alimentari qualunque sia l'orientamento teorico del terapeuta che lo applica, aumentandone l'efficacia. I casi clinici presentati evidenziano i risvolti pratico-operativi del metodo EMDR utilizzabile su tre versanti: Passato (individuazione delle esperienze traumatiche), Presente (gestione del sintomo), Futuro (prevenzione delle ricadute).

BALSAMO, M. (Ed). (2015). *L'autobiografia psicotica. Milano*: Franco Angeli.

Cosa di più paradossale - potremmo dire antitetico - che mettere insieme autobiografia e psicosi, quando si conosce la tragedia esistenziale di un paziente psicotico, il suo essere sottomesso a quella "macchina influenzante" che assegna ruoli, destini, posizioni, comportamenti, e contro la quale un'intera vita combatte, tentando di trovare, comunque, le condizioni minimali per esprimere un desiderio, una singolarità? Dai piccoli e scarni graffiti su di un muro alle opere d'arte, dall'amputazione di sé alla foto della stessa, come in Nebreda, dalle parole come veleno alla scrittura infinita come in Wolfson, dal gesto criminale al suo racconto, i tragitti che definiscono questa ricerca vitale, per coloro che sono stati toccati dalla psicosi, mostrano una ricchezza e una complessità che non possiamo definire solo come atti protesici, sostegni narcisistici ad un Io altrimenti distrutto. Mostrano una linea di sviluppo e di conservazione dello psichico a volte insospettato, altre volte segnato in modo indelebile dalla stessa vicenda psicotica. Attraverso figure celebri (da Dino Campana a Althusser, da Wolfson a Nijinski, da Pierre Rivière a Schreber, da Schumann a Sarah Kane, da Artaud a Agatha Christie), L'autobiografia psicotica propone un possibile atlante dei modi in cui la psicosi tenta di dirsi, iscrivere qualcosa di singolare, una traccia soggettiva, un racconto altro e non predeterminato della propria esistenza.

BORGNA, E. (2015). *Parlarsi. La comunicazione perduta*. Torino: Einaudi.

Nel corso della nostra vita siamo accompagnati da alcune esperienze fondamentali che ci consentono di conoscere cosa noi siamo e cosa sono gli altri; e fra queste esperienze come non ripensare alla tristezza, alla sofferenza, alla felicità, alla solitudine, alla tenerezza, al desiderio di comunità e di comunità di destino, alla speranza, alla malattia e alla morte volontaria, e ai modi con cui entrare in comunicazione con ciascuna di queste esperienze? Ma cosa è questa parola ambivalente, "comunicazione", che entra in gioco in ogni forma di discorso e di vita? Comunicare vuol dire rendere comune (dal latino munus, dono): è dialogo, relazione. Significa entrare in relazione con la nostra interiorità e con quella degli altri, nella convinzione che comunicazione sia sinonimo di cura. Noi entriamo in relazione con gli altri, allora, in modo tanto più intenso e terapeutico quanta più passione è in noi, quante più emozioni siamo in grado di provare e di vivere.

CARETTI, V., CRAPARO, G., MANZI, G-S., & SCHIMMENTI, A. (Eds). (2015). *Stalker. Psicopatologia del molestatore assillante.* Roma: Fioriti.

Non limitandosi alla semplice descrizione dei comportamenti che qualificano lo stalking, il testo delinea, da una prospettiva psicodinamica, alcune caratteristiche personologiche dello stalker, come ad esempio: la presenza di una particolare impulsività che lo rende incapace di resistere all'urgenza di entrare in contatto con la vittima (o meglio, con il surrogato di una relazione con la vittima) nonostante la consapevolezza che questa condotta non sia gradita alla vittima stessa, o sia da essa esplicitamente temuta (quando il timore che viene provocato nella vittima non sia proprio l'esperienza che lo stalker ricerca); una ridotta capacità di mentalizzazione che gli impedisce di prendere coscienza dei contenuti mentali della vittima, rimanendo così allo scuro delle sensazioni che la sua condotta genera nella vittima, ma anche al riparo dalla percezione della sofferenza della vittima – questa caratteristica non è tuttavia necessaria per giustificare la condotta di stalking se teniamo conto della presenza di impulsività. Per gli Autori, questi tratti di personalità qualificano un particolare assetto psicopatologico che porta a definire il comportamento di stalking come una "dipendenza relazionale" per nulla diversa, se non nelle caratteristiche peculiari della condotta, dai numerosi altri tipi di dipendenza già noti. Lo stalker agirebbe la condotta di stalking in relazione ad una vittima ma, principalmente, in relazione alla relazione stessa: la vittima sarebbe perciò in qualche modo un mezzo e non un fine del comportamento persecutorio.

MOLINARI, E. & CAVALERI, P-A. (2015). *Il dono al tempo della crisi. Per una psicologia del riconoscimento.* Milano: Raffaello Cortina.

Nella prospettiva di una psicologia relazionale, gli autori mostrano le potenzialità terapeutiche e umane del dono, della reciprocità e del perdono, anche in un tempo di interminabile crisi come il nostro, dato che la crisi costituisce da sempre una condizione costante dell'esistenza umana. Solo da chi sia aperto al riconoscimento dell'altro, nella sua diversità e nella sua ricchezza, possono scaturire sentimenti e comportamenti adeguati a "ri-generare l'uomo". Il libro delinea i tratti essenziali della cura psicologica come donazione di senso e presenta una inedita psicologia del riconoscimento e della reciprocità, che nel dono e nel perdono, considerati abitualmente gesti inattuali, individua invece gli snodi fondamentali di una piena realizzazione di sé.

RECALCATI, M. (2015). *Le mani della madre. Desiderio, fantasmi ed eredità del materno.* Milano: Feltrinelli.

In questo libro Massimo Recalcati volge lo sguardo alla madre, andando oltre i luoghi comuni, anche di matrice psicoanalitica, che ne hanno caratterizzato le rappresentazioni più canoniche. Attraverso esempi letterari, cinematografici, biblici e clinici, questo libro racconta i volti diversi della maternità mettendo l'accento sulle sue luci e le sue ombre. Non esiste istinto materno; la madre non è la genitrice del figlio; il padre non è il suo salvatore. La generazione non esclude fantasmi di morte e di appropriazione, cannibalismo e narcisismo; l'amore materno non è senza ambivalenza. L'assenza della madre è importante quanto la sua presenza; il suo desiderio non può mai esaurire quello della donna; la sua cura resiste all'incuria assoluta del nostro tempo; la sua eredità non è quella della Legge, ma quella del sentimento della vita; il suo dono è quello del respiro; il suo volto è il primo volto del mondo.

VEGETTI FINZI, S. (2015). *Una bambina senza stella.* Milano: Rizzoli.

La bambina senza stella è una bambina, in cui si cela l'autrice, sfortunata, ma non troppo. Seguendo il filo dei suoi ricordi, sedotto da una scrittura suggestiva e poetica, il lettore potrà ritrovare, per consonanza, tratti perduti della propria infanzia, là dove risiede il cuore pulsante della vita e la parte più autentica di sé. Cresciuta, come molti altri, negli anni tragici del fascismo, della guerra e delle persecuzioni razziali, che la coinvolgono in quanto nata da padre ebreo, la bambina ne uscirà intatta avendo preservato la magia dell'infanzia e la voglia di crescere. Le sue vicende, rievocate con sorprendenti flash della memoria e puntualmente commentate da una riflessione competente e partecipe, svelano le segrete sofferenze dei bambini spesso colpiti dai traumi dell'abbandono, dell'indifferenza e del disamore. E il dolore infantile non cade mai in prescrizione. Negli squarci di un passato che non passa possiamo cogliere però, con l'evidenza della vita vissuta, anche le meravigliose risorse con le quali l'infanzia può attraversare le difficoltà della vita: il gioco, la fantasia, la creatività e l'ironia. Risorse che, attualmente, un'educazione ansiosa e iperprotettiva rischia di soffocare. Ed è con la forza del pensiero, della scrittura e della testimonianza che questo libro si propone di rassicurare i genitori che i loro figli ce la possono fare, ce la faranno, se riusciranno a realizzare, mettendosi alla prova, le loro potenzialità. E la vita s'impara, non solo vivendo, ma anche raccontandola in una trama che, intessendo passato e futuro, dona senso e valore alla casualità del destino.

APPUNTAMENTI

a cura di Monica Giarei

Milano, 3 ottobre 2015

SEMINARIO DELLA SCUOLA ADLERIANA DI PSICOTERAPIA DELL'ISTITUTO ALFRED ADLER DI MILANO

"La terapia di gruppo nelle dipendenze patologiche"

SEDE: il seminario si svolgerà presso la sede della scuola Adleriana di Psicoterapia, Piazza San Marco, 2 – Milano.

Per ulteriori informazioni e iscrizione:
www.scuolaadleriana.it

Milano, 23 ottobre 2015

L'Università Cattolica del Sacro Cuore in collaborazione con l'Associazione SpazialMente aps organizza il Corso di formazione:

CORSO BASE METODO SaM (Sense and Mind)

"Intervento riabilitativo dei disturbi delle abilità spaziali"

SEDE: il corso si svolgerà presso l'Università Cattolica del Sacro Cuore, Piazza Buonarroti 30bis – Milano

Per ulteriori informazioni e iscrizione:
Fax 02.7234.5706
Email formazione.permanente-mi@unicatt.it

Milano, 30 ottobre 2015

CORSO MEDUSA

(MEDicina Utenti SAlute in rete)

"Navigare informati per una partecipazione consapevole
il Disturbo da Deficit di Attenzione e Iperattività (ADHD)
(come valutare le fonti di informazione e giudicare le opinioni su diagnosi e trattamento dell'ADHD)"

SEDE: il corso si svolgerà presso l'Università Cattolica del Sacro Cuore,
Largo Gemelli 1 – Milano.

Per ulteriori informazioni:
contattare la Segreteria Scientifica
Scilla Pizzarelli, Tania Lopez
Tel: 06 49902520, 06 49902426 e-mail: scilla.pizzarelli@iss.it, tania.lopez@guest.iss.it
Email: formazione.permanente-mi@unicatt.it

Milano, 7 novembre 2015

SEMINARIO DELLA SCUOLA ADLERIANA DI PSICOTERAPIA
DELL'ISTITUTO ALFRED ADLER DI MILANO

"L'universo culturale pre-interpretato del paziente e del terapeuta in psicoterapia
e il Senso della Vita"

SEDE: il seminario si svolgerà presso la sede della scuola Adleriana di Psicoterapia,
Piazza San Marco, 2 – Milano.

Per ulteriori informazioni e iscrizione:
www.scuolaadleriana.it

Milano, 7 novembre – 12 dicembre 2015

Facoltà di Psicologia
SPAEE - Servizio di Psicologia dell'Apprendimento
e dell'Educazione in Età Evolutiva

CORSO DI ALTA FORMAZIONE

"L'alunno con FIL (Funzionamento intellettivolimite) a scuola:
costruzione del Piano Didattico Personalizzato e gestione in classe"

SEDE: il corso si svolgerà presso l'Università Cattolica del Sacro Cuore,
Via Carducci 30 – Milano.

Per ulteriori informazioni e iscrizione:
Università Cattolica del Sacro Cuore, Formazione Permanente
Via Carducci 30 - 20123 Milano
Fax 02.7234.5706
Email formazione.permanente-mi@unicatt.it

Madrid, 19-21 novembre 2015

I CONGRESSO INTERNAZIONALE su
"Clinical and healt psychology with children and adolescents"

SEDE: il congresso si svolgerà presso l'Hotel NH Collection Madrid Eurobuilding

Per ulteriori informazioni:
psicologiainfantil@cevents.es
Tel. 960 91 45 45

Milano, 21 novembre 2015

SEMINARIO DELLA SCUOLA ADLERIANA DI PSICOTERAPIA DELL'ISTITUTO ALFRED ADLER DI MILANO

"Psicoterapia dell'età evolutiva nelle tempeste culturali che attraversano le strutture famigliari"

SEDE: il seminario si svolgerà presso la sede della scuola Adleriana di Psicoterapia, Piazza San Marco, 2 – Milano.

Per ulteriori informazioni e iscrizione:
www.scuolaadleriana.it

Milano, 11-12 dicembre 2015

CONGRESSO DECENNALE SPAN (Società Psicologi Area Neuropsicologica)
"L'intervento neuropsicologico nella persona con cerebrolesione: dalla fase acuta al reinserimento"

SEDE: il congresso si svolgerà presso l'Università Cattolica di Milano, Cripta Aula Magna

Per informazioni:
Michela Balconi
http://www.neuropsicologia-span.it/eventi

Milano, Febbraio 2016 – Dicembre 2017

FACOLTA' DI PSICOLOGIA
X EDIZIONE DEL MASTER UNIVERSITARIO DI II LIVELLO
"Mediazione Familiare e Comunitaria"

SEDE: il master si svolgerà presso l'Università Cattolica del Sacro Cuore di Milano
Per informazioni:
costanza.marzotto@unicatt.it; Master.universitari@unicatt.it

Norme per gli autori

1. La rivista "Dialoghi adleriani" è l'organo ufficiale dell'*Istituto Alfred Adler di* Milano e pubblica sia contributi originali di ricerca ad orientamento individualpsicologico sia articoli particolarmente significativi che servano per un confronto ed un dibattito con altri modelli teorici affini. Saranno presi in considerazione per la pubblicazione gli articoli che presentano i seguenti requisiti: casi clinici arricchiti da riferimenti teorici; approfondimenti epistemologogici; ricerche rigorosamente scientifiche scritte con chiarezza e semplicità espositiva, pertinenza e originalità degli argomenti esposti, *accuratezza* e completezza *della* bibliografia; precisione nell'esposizione degli scopi della ricerca, della metodologia usata, degli strumenti utilizzati, dell'interpretazione e della riflessione conclusiva sui risultati ottenuti.

2. Saranno pubblicati solo articoli inediti e non sottoposti alla valutazione di altre riviste. Gli articoli, in questa fase, devono essere proposti in forma anonima.

3. Gli articoli devono essere inviati al Direttore della Rivista all'indirizzo mail ferrigno.giuseppe@fastwebnet.it accompagnati da una lettera di liberatoria firmata dagli Autori in cui si autorizza la pubblicazione del materiale. Gli Autori, inoltre, devono garantire che l'articolo proposto sia originale e non sia stato sottoposto alla valutazione di altre riviste e devono concedere a "Dialoghi adleriani" il diritto di riproduzione totale o parziale in qualsiasi lingua, in qualsiasi modo e forma ed entro i limiti temporali massimi riconosciuti dalla normativa vigente (attualmente, 20 anni). In caso di articolo a più nomi, la liberatoria va sottoscritta da tutti gli altri autori. L'accettazione di un articolo implica l'impegno da parte degli Autori che esso o parti di esso non saranno pubblicati altrove senza il consenso scritto di "Dialoghi adleriani".

4. Ogni articolo giunto sarà sottoposto dalla Direzione alla valutazione di due *referee* anonimi *(double-blind peer review*), di cui almeno uno deve appartenere al Comitato Scientifico Internazionale. Nel caso in cui il Direttore si trovi di fronte a due referaggi in contrasto, l'articolo dovrà essere valutato da un terzo referee. La Direzione fornisce una scheda predisposta ai valutatori e può decidere di non sottoporre ad alcun *referee* l'articolo che venisse giudicato non consono agli obiettivi della rivista e non rispondente alle norme redazionali e agli standard scientifici.

5. La Direzione si impegna a comunicare agli Autori i risultati del referaggio degli articoli inviati entro 4 mesi dalla data dell'invio. Nel caso di accoglimento, gli Autori non possono ritirare l'articolo od offrirlo ad altre riviste per la pubblicazione.

6. Ogni articolo dovrà rispondere ai seguenti requisiti: 1) titolo dell'articolo in italiano ed inglese; 2) nome, affiliazione, indirizzo, e-mail e recapito telefonico degli autori non devono comparire nella prima pagina dell'articolo, ma devono essere inviate a parte su un foglio allegato; 3) riassunto in italiano ed *abstract* in inglese; 4) testo dell'*abstract* e del riassunto non superiore a 12 righe e a 120 parole; 5) testo diviso in paragrafi e sottoparagrafi numerati; 5) figure e tabelle presentate in una versione grafica definitiva e perfetta; 7) 4 parole chiave in italiano e 4 *keywords* in inglese.

7. Il testo dovrà risultare in carattere *Times New Roman*, corpo 12, interlinea singola. Le note dovranno essere scritte in carattere *Times New Roman* corpo 9.

8. *Impostazione testo e citazioni.* Sono previsti 3 tipi di carattere: normale, *corsivo*, **grassetto**. Il *corsivo è usato* per le parole in lingua straniera di uso non consueto e anche per mettere in evidenza parole o frasi brevi a cui si desidera dare una particolare enfasi. Per citazioni non letterali si usano

le virgolette inglesi, mentre le citazioni testuali si scrivono tra «virgolette caporali». Se all'interno di una citazione si salta una parte, occorre indicare la parte omessa con tre puntini tra parentesi quadre [...]. Le citazioni tra virgolette caporali devono essere testuali seguite dai riferimenti delle pagine tra parentesi tonde (pp. 73-74) qualora non siano già state indicate precedentemente, in questo caso occorre inserire in corsivo [*Ivi*] per la stessa citazione e la stessa pagina; occorre, invece, inserire in corsivo (*Ibid*. p. 35) per la stessa citazione ed altra pagina.

9. *I riferimenti bibliografici* inseriti direttamente *nel testo* verranno riportati col cognome dell'autore seguito da uno spazio e dall'anno della prima pubblicazione in lingua originale tra parentesi tonde – "Adler (1912) disse che" – oppure col cognome dell'autore tra parentesi seguito da una virgola, spazio e anno (Adler, 1912).

10. *Indicazioni per la stesura degli articoli*

10.1. a) La lunghezza massima dell'articolo dovrà essere di circa 50.000 battute (grafici, tabelle, note e bibliografia, spazi inclusi); b) le note dovranno essere indicate con numeri progressivi; c) i vari paragrafi e sottoparagrafi dovranno essere numerati; d) i riferimenti bibliografici devono collocarsi alla fine del testo e devono essere elencati senza numerazione in ordine alfabetico secondo il cognome dell'autore e, per ciascun autore, nell'ordine cronologico di pubblicazione delle opere (per opere dello stesso autore pubblicate nel medesimo anno, occorre utilizzare a, b, c; e). la bibliografia alla fine dell'articolo dovrà essere compilata seguendo le norme del "Manuale di Pubblicazione" dell'*American Psychological Association* (6a Edizione).

10.2. *Articoli di rivista:*

MASCETTI, A. (2012). Aspetti e peculiarità del rapporto analitico nella Psicologia Individuale. *Rivista di Psicologia Individuale*, *71,* 79-86.

10.3. *Articoli di rivista in corso di stampa:*

FERRIGNO, G. (in press). La compensazione. *Dialoghi Adleriani.*

10.4. *Libri:*

PARENTI, F. (1983). *La Psicologia Individuale dopo Adler*. Roma: Astrolabio.

10.5. *Saggio, articolo o capitolo di un libro:*

MEZZENA, G. (1998). Le finzioni. In B. SANFILIPPO (Ed.). *Itinerari adleriani* (pp. 35-52). Milano: Franco Angeli.

ROSSI, G., & DE BERNARDI, B. (2001). Analisi testuale del concetto "fede". In M. ALETTI & G. ROSSI (Eds.). *L'illusione religiosa: rive e derive* (pp. 197-201). Torino: Centro Scientifico Editore.

10.6. *Versione italiana di un libro o articolo straniero:*

WINNICOTT, D. W. (1971). *Playing and reality*. London: Tavistok. (Trad. it. *Gioco e realtà*. Roma: Armando, 1974).

ELLENBERGER, H. F. (1970). *The Discovery of the unconscious: The history and evolution of dynamic psychiatry.* New York: Basic Books. (Trad. it. *La scoperta dell'inconscio*, 2 voll. Torino: Bollati Boringhieri, 1976).

ADLER, A. (1908a). Der Aggressionenstrieb im Leben und in der Neurose. *Fortschritte der Medizin*, *26*, 577-584. (Trad. it. La pulsione aggressiva nella vita e nella nevrosi. *Rivista di Psicologia Individuale, 46,* 1999, 5-14).

ADLER, A. (1908b). Das Zärtlichkeitsbedürfnis des Kindes. In A. ADLER, C. FURTMÜLLER. (Eds). (1914). *Heilen und Bilden:* Ärztlich-pädagogische *Arbeiten des Vereins für Individual-psychologie*. München: Reinhardt. (Trad. it. a cura di G. Ferrigno e C. Canzano, Il bisogno di tenerezza del bambino. *Rivista di Psicologia Individuale*, *59,* 2006, 7-15).

10.7. *Libri "a cura di":*

SANFILIPPO, B. (Ed.). (1998). *Itinerari adleriani*. Milano: Franco Angeli.

10.8. *Atti e relazioni a Convegni:*

GHIDONI, C. (1992). La costellazione familiare come interprete della vita organizzata. *Atti del 5° Congresso Nazionale SIPI* «*La costellazione familiare*». Stresa (Novara), 8-9 maggio 1992.

FERRIGNO, G. (1992). *La costellazione familiare nel sogno*. Relazione presentata al 5° Congresso Nazionale SIPI «La costellazione familiare». Stresa (Novara), 8-9 maggio 1992.

10.9. *Contributi in una raccolta o antologia:*

ANTONIETTI, A., CASTELLI, I., FABIO, R. A., & MARCHETTI, A. (2005). Quando mancano le parole. Ricerca e intervento sulla teoria della mente nelle bambine e ragazze con sindrome di Rett. In O. LIVERTA SEMPIO, A. MARCHETTI & F. LECCISO (Eds.). *Teoria della mente* (pp. 261-287). Milano: Raffaello Cortina.

10.10. *Citazioni da un dizionario o da un'enciclopedia:*

SHEEHY, N., CHAPMAN, A. J., & CONROY, W. (Eds.). (1997). *Biographical dictionary of psychology*. London: Routledge.

THE AMERICAN COLLEGE DICTIONARY. (1962). New York: Random House.

MARHABA, S. (1982). Psicoanalisi. In *Enciclopedia Garzanti di filosofia* (2nd ed., pp. 740-742). Milano: Garzanti.

10.11. *Fonti individuate su internet:*

FERRIGNO, G. (2013). *ENCUENTRO CON UN TERAPEUTA: PROF. DR. GIUSEPPE FERRIGNO, ITALIA*

Disponibile in:

http://psyciencia.com/2013/07/18/encuentro-con-un-terapeuta: Prof. Dr. Giuseppe Ferrigno (Italia

10.12. *Numero di autori:*

Da 1 a 6 autori si scrivono i nomi di tutti e 6 gli autori.

Da 7 a più autori si scrive il primo autore seguito da ET AL. Tra il primo ed il secondo autore o, in caso di più autori, prima dell'ultimo, si usa la & commerciale.

11. La Redazione si riserva di apportare al testo tutte le modifiche formali ritenute necessarie ai fini dell'impaginazione.