

Deficit, disturbo, creatività: a proposito della psicoterapia della depressione

SECONDO FASSINO

Summary – DEFICIENCY, DISORDER, CREATIVITY: ABOUT THE PSYCHOTHERAPY OF DEPRESSION. In this research, we have investigated some aspects of the Individual Psychological psychotherapy of depression. The organ inferiority and the inferiority feeling seem to be connected with the experience of deficiency and with the sense of failing. What characterizes the disturb is the particular reacting way of the subject to the sense of failing. The interior way of living, that depressed subjects adopt, especially for what concerns self-esteem, is excessively connected with the real sense of loss or excessively menaced by the consideration that people have of them. The failure in front of projects which are too difficult to reach (that would balance the deficiency), trigs off behaviours as aggressive as profound and hidden. The therapeutic strategy includes a stimulating creative meeting with the deficiency. The analytic work consists in the disclosure of the false goals and it is concomitant with the process of transmotivation. In a special way, the growth of the creative self seems to be correlated with the elaboration of this sense of failing and of separation.

Keywords: PSYCHOTHERAPY OF DEPRESSION, DEFICIT, CREATIVITY

I. Deficit

Adler [1] elaborò la teoria dell'inferiorità d'organo basata sul presupposto dell'interazione corpo-mente. L'inferiorità d'organo attraverso la superstruttura dell' "organo psichico", determina processi compensatori fisici (linguaggio degli organi) e psicologici (compensazione psichica). La compensazione psichica dello stato di inferiorità è prevista anche quando questo riguarda il Sistema Nervoso Centrale. Questa concezione *somato-psico-somatica ante litteram* appare assai attuale. Benedetti [10,11] osservava come precoci alterazioni dei neurotrasmettitori possano modificare nel bambino le prime strutture relazionali, come pure precoci disturbi relazionali possano disturbare lo sviluppo dei sistemi neurotrasmettitoriali, su cui poggiano le funzioni cognitive e affettive, fin dai primi mesi di vita. La reazione individuale alla inferiorità è comunque più importante che l'inferiorità stessa e configura il sentimento di inferiorità distinto poi dal complesso di inferiorità [5].

Il concetto di inferiorità rinvia di per sé ad una connotazione di rapporto (inferiore a chi, a che cosa), quindi, ad una norma (biologica, psicologica, sociale)

oggettiva o soggettiva, vissuta “come se” fosse oggettiva. Gli sviluppi degli anni 70 e 80 (ad opera degli individualpsicologi americani) della concezione adleriana dello *stile di vita* verso la teoria delle motivazioni e dei bisogni [34] e quella del *Sé ideale* e del *Sé normativo* [48] articolano il sentimento di inferiorità con la situazione e il vissuto della *mancaza o del deficit*. *Questo vissuto intrapsichico può essere espressione di deficit del Sé Corporeo, Normativo, Ideale o del Non-Sé, risultato e causa di interiorizzazioni di situazioni di deficit organico o biologico e anche relazionale.*

L’osservazione dei pazienti narcisistici e borderline da parte degli autori di lingua tedesca ha portato inoltre alla distinzione di un sentimento di inferiorità del 1° tipo [13, 31]. Esso è dovuto alla mancata esperienza della primaria amabilità, dell’amore primario in cui il neonato è amato per se stesso, senza alcuna contropartita. Il sentimento di inferiorità di 2° tipo, invece, deriva da inevitabili e fisiologiche esperienze scoraggianti relative alla propria attitudine ad assolvere compiti; esso consegue alla frustrazione del bisogno di amore “strumentale” che spinge il bambino ad assicurarsi stima attraverso prestazioni o contropartite. Questo amore primario [45], che rinvia al bisogno di tenerezza [7], è indispensabile per una corretta liberazione del Sé dall’*Urwir* (noi primario) [7] come risoluzione della unione simbiotica duale con la madre.

II. Il disturbo depressivo

Il concetto di disturbo non presenta concezioni univoche. Dal *DSM* [16] viene considerato l’insieme degli effetti comportamentali, emotivi delle *noxae* psicopatogene e delle reazioni a quelli. Adler rinunciò a scoprire i meccanismi psicopatologici così importanti invece per Freud. Ovunque sembrasse svelarsi un definito meccanismo, Adler cercava di evidenziare un effetto specifico della totalità individuale, dello *stile di vita* [50]. In *Conoscenza dell’uomo* [5] sono descritti due tratti della personalità (temperamento) depressiva che sono considerati *presupposti per lo sviluppo di un episodio di melancolia*: essa si manifesterà quando l’esistenza dell’individuo incontrerà ostacoli di particolare difficoltà che richiedono decise assunzioni di responsabilità. Si può rilevare l’attualità di questa impostazione che compare anche nel *DSM IV*. Da molti clinici e ricercatori si osserva la necessità di considerare i tratti di personalità (asse II) oltre ai disturbi dell’asse I: spesso, infatti, la risposta clinica agli interventi è fortemente condizionata dal tipo di personalità pre-morbosa.

Pessimismo e tristezza per Adler sono presupposti presenti in ogni tipo di depressione. Questi tratti configurano due finalità prevalenti (che unificano le risposte delle diverse funzioni psichiche), quasi sempre inconscie, del depresso: la vanità occulta, che lo conduce a valorizzarsi, ponendosi al centro dell’attenzio-

ne con la sua sofferenza, e la tendenza ad accusare e a punire responsabilizzando implicitamente e tacitamente gli *altri* significativi. Sono soggetti che pensano che le forze ostili, le avversità, trascurino gli altri per occuparsi esclusivamente di loro; è una fissazione persecutoria che potrebbe essere confusa con la modestia. È in realtà un aspetto più clamoroso dell'ambizione. Chi è triste si pone essenzialmente come accusatore: alla sua massima intensità la tristezza comporta sempre un certo grado di ostilità e un impulso di distruzione verso l'ambiente [4].

Il depresso è un individuo affetto, da sempre, da un sentimento di inferiorità profondamente radicato, da cui deriva una forte compromissione inconscia dell'autostima. *Ma ciò che caratterizza il disturbo depressivo è la particolare modalità di reagire e di lottare con questo sentimento di inferiorità, con il deficit: lotta fatta di ripiegamenti dolorosi e astensionistici con finalità accusatorie e punitive* [37]. Spesso nell'infanzia ci sono stati adulti significativi opprimenti, iperesigenti e scoraggianti, assenti o presenti in maniera finzionale come nelle forme borderline.

In seguito al processo di interiorizzazione delle richieste esterne di cui parla Adler nel 1929 [8], il soggetto attua verso sé e gli altri le medesime richieste opprimenti. Egli ha un atteggiamento ostinato di sfiducia e critica verso gli altri e se stesso, il mondo è fondamentalmente ostile, la vita è un'impresa dolorosa, tremenda e difficile, i propri simili sono freddi e distaccati. Ne deriva una *linea finalistica di compensazione* astensionistica e autodistruttiva che a sua volta abbassa l'autostima (complesso di inferiorità) e richiede un rinforzo della finzione guida del depresso: essendo egli di nessun valore, rifiutato e incapace, non gli rimane che la valorizzazione di sé per mezzo della sofferenza e dell'ostilità accusatoria verso gli altri. Egli ha sempre coltivato l'idea segreta della propria superiorità e il desiderio di approfittare il più possibile degli altri, come gli altri hanno fatto con lui. A tal fine egli si presenta come una persona modesta e senza pretese e cerca di limitare i suoi rapporti con chi è in grado di dominare tramite lamenti, dolori corporei, lacrime, tristezza, idee di morte, richieste di soccorso. La natura aggressiva della melancolia, per Adler, è provata dalla presenza di impulsi omicidi occasionali e nella frequente penetrazione di tratti paranoide nell'atteggiamento melancolico [8]. Il paziente, come osservano Parenti e Pagani «è convinto che la sua autodistruzione serve a sensibilizzare l'ambiente [...] mentre invece, purtroppo, provoca negli altri risposte di rifiuto» (38, p. 147).

III. *Aspetti intrapsichici del Sé-stile di vita depressivo*

Lo stile relazionale dei pazienti depressi sembra caratterizzato da alcune costanti, evidenti soprattutto se confrontate con le modalità comunicative dei pazienti schizofrenici. Infatti, mentre questi ultimi spesso segnalano un rifiuto degli stili comunicativi conformistici o consensuali e talvolta il bisogno di non comunicazione, per il paziente depresso gli *altri*, compreso il terapeuta, possono essere ostili, ma mai estranei.

La relazione con gli altri è, per questi soggetti, l'unica fonte della propria autostima, la cui perdita, reale o minacciata, è intollerabile e porta all'aumento della distanza tra l'*immagine del Sé* e l'*ideale del Sé*. Si è notato che quasi costantemente questi pazienti hanno sperimentato nell'infanzia un rapporto sufficientemente gratificante con almeno un genitore e sono perciò in grado di disporre, nel loro dialogo interiore [17], di frammenti di un modello intrapsichico di "relazione amorevole" a cui fare riferimento.

Mentre il progetto delirante dello schizofrenico è solipsistico [49], il *Sé ideale* del depresso ha bisogno degli altri: dovrà essere il figlio prediletto, il più ammirato, il più forte perché più amato e più amato perché il più potente [47]. Le strategie del depresso per giungere alla realizzazione del *Sé* non possono utilizzare direttamente l'aggressività, se non nelle fasi di esaltazione maniacale.

La sua rabbia consegue al fallimento dei tentativi per il raggiungimento di traguardi troppo ambiziosi che dovrebbero compensare il grave *deficit* di autostima. È una rabbia indiretta. Il suo infinito lutto, la sua totale mancanza, la sua infinita colpevolezza e la sua irrimediabile rovina saranno la sua vendetta: queste sono le misure drastiche per ridurre la distanza che si accresce progressivamente tra l'*immagine* e l'*ideale del Sé* [47].

IV. *Problemi terapeutici*

Il paziente depresso, avendo un totale bisogno degli altri, deve conservare una consensualità sufficiente per comprenderli e cercare di farsi comprendere: egli non può correre il rischio di essere frainteso e di essere solo [47, 51]. Apparentemente il depresso non è capace di comunicazione empatica: egli sa quanto è tragico essere separati dagli altri, non essere capiti ed amati. Mediante la propria tristezza e disperazione pretende amore e controlla l'*altro*; in realtà, inducendo in lui sentimenti di impotenza e di disperazione, lo accusa e ferisce: «non sei capace di aiutarmi... sono troppo disperato...». Il contagio depressivo è la sua vendetta ("chi di spada ferisce...").

La questione delle correnti identificatorie reciproche terapeuta-paziente è tra le più rilevanti nella psicoterapia di questi pazienti. I pazienti depressi tendono a sospendere la relazione e a proporre la fusione: Freud [23] osservava che nel melancolico la relazione d'oggetto è sostituita dall'identificazione; per Adler si stabilisce un' interiorizzazione delle richieste esterne per cui il depresso si identifica con l'aggressore. Il processo empatico è costituito da una complessa capacità percettiva ed introspettiva (vicariante per Kohut [30]). Esso prevede soprattutto l'abilità di tollerare uno *stato di "non conoscenza"*, non comunicazione, confusione e incertezza; il *sine qua non* del processo è la presenza di una *funzione integrante*, l'abilità o il potenziale di combinare insieme le molteplici modalità di relazione [12, 19]. Adler aveva considerato tale procedura empatica, per cui il terapeuta vede anche con gli occhi del paziente e sente anche con il suo cuore, *come tardiva assunzione della funzione materna*.

IV.1. *Incontro incoraggiante con il deficit*

L'intervento dovrebbe governare, più che impedire, l'innesco di modalità regressive dalla riedizione del trauma alla caduta depressiva. In genere i pazienti depressi utilizzano un codice, affettivo-cognitivo, sofisticato. I segnali e i messaggi di abbandono vengono prontamente captati anche quando sono di debole intensità o in via di costituzione.

Il paziente depresso, privato di altre difese – fobiche e ossessive per esempio – attiva come sua principale difesa alla minaccia della disgregazione, l'esibizione discreta, ma ostinata, della *mananza*, e preme con insistenza esigente ed ostile sull'*altro*. Nelle depressioni borderline [19, 42], più che mancanza da perdita, talora è mancanza da assenza: gli "specchi genitoriali" erano spesso vuoti. Il risultato è un ulteriore allontanamento dell'*altro*, con rinforzo delle richieste depressive di soccorso: di qui il tentativo suicidario o il ribaltamento maniacale. Nei borderline la depressione si alterna, com'è noto, a impulsività etero e autodiretta.

La strategia terapeutica prevede l'*assessment* diagnostico-strutturale e consiste in un' ipotesi di progetto terapeutico. Questo considera le resistenze e l'eventuale articolazione, a rete, della psicoterapia con altri interventi come farmaci o *counseling* con i familiari. Tale progetto viene elaborato a partire da una prima ricostruzione della linea direttrice dello *stile di vita* del paziente (cfr. la formulazione esplicativa, [25]). Questo abbozzo del cammino evolutivo autoprefigurato (difensivo) del Sé verso le mete fittizie è utile al terapeuta per favorire il ritorno ai primi punti di quella linea. Particolari sono i problemi della regressione analitica [41, 42] nei depressi. Aspetti peculiari nucleari degli interventi individualpsicologici nei depressi riguardano, come si dirà in seguito, l'incontro incoraggiante con il *deficit* [46] e la risposta creativa al *deficit*.

L'alleanza e il lavoro terapeutico sono principalmente orientati alla riattivazione dei vissuti regressivi: accanto al ricordo, comprendono il sommovimento complessivo della struttura psichica [41, 46], il rivivere la situazione di mancanza in un nuovo contesto relazionale, contesto reso significativo dalla "presenza empatica" dell'analista. È la riedizione dolorosa di vecchie patologiche modalità identificatorie, ma è anche l'occasione di nuovi collaudi relazionali. Il Sé accogliente dell'analista diviene protesi riparativa prima, modello per la crescita del Sé accogliente e dell'immagine del Sé del paziente poi. Ciò significa che l'incontro analitico permette al paziente di rivivere la vecchia ferita, la mancanza, e di provare un nuovo sentimento, non rifiutante ma solidale, per *quel bambino che era allora e che ancora è*. A questo proposito Kohut [30] ha sottolineato come l'analista deve svolgere per un lungo periodo, in questi pazienti, un lavoro di conferma del loro narcisismo e della loro autostima, successivamente saranno approfonditi i conflitti [21].

Lo scoraggiamento prodotto da quelle prime relazioni distratte, ostili anche se vizianti, hanno distorto l'immagine intima di se stesso, rendendola troppo inferiore e sfiduciata (vuota nelle forme borderline) [19], bisognosa di immediata e onnipotente rivalsa. Solo se il paziente non viene punito (o non si sentirà punito) per aver sviluppato quelle mete compensatorie errate, solo se gli viene fornito implicitamente un modello di accoglimento di Sé per *perdonarsi il fatto di essere stato un tempo tanto debole da dover orientare la sua vita verso la perfezione, di essersi sentito talmente escluso da far assurgere il controllo a principio relazionale superiore* [46], soltanto allora egli potrà rinunciare a quelle mete fittizie che rendono necessaria la sua depressione. Perdonato, egli potrà perdonare se stesso. Durante questo processo empatico di accettazione si avvia la ricostituzione di un modello relazionale intrapsichico accettante il *deficit*. In genere qui non sono utili le interpretazioni sulle mete fittizie compensatorie ("sei depresso perché vuoi essere onnipotente!"); esse in questa fase nuocciono all'alleanza, riproducono vissuti di rifiuto e di colpa non ancora elaborabili. In questa regressione "a due" c'è l'agente terapeutico [28]. È una regressione non solo di ricordi, ma un vissuto complessivo regressivo in cui si attua una dipendenza ottimale, ottimale perché è congeniale ad una progressione.

Al fondo di questa regressione c'è infatti un groviglio di solitudine, vuoto, abbandono, paura, lutto e rabbia, ma anche la *segreta forza motrice* [46]. Questa esperienza del *deficit* in terapia è vissuta dal paziente, che ora è una persona più adulta: egli è *con, insieme* a una persona significativa, l'analista, appartenitiva e solidale. La registrazione inconscia di questo sentimento di appartenenza e di cooperazione (*sentimento sociale*) libera quella segreta forza motrice. L'impatto emotivo col *deficit* è ora meno scoraggiante e rende disponibili quelle risorse che il paziente non conosceva.

IV. 2. *L'incontro creativo con il deficit*

Depressione-creatività: è un rapporto molto osservato e ripetutamente studiato. Sembra che le prime testimonianze della scrittura dell'*homo sapiens* siano state ritrovate presso le tombe [27]. Nella *Genesi* biblica, solo dopo che i progenitori ebbero perso il Paradiso fu prevista per loro la possibilità di generare. Eros per la mitologia greca è figlio di Penia (povertà, mancanza). La cultura, seconda natura dell'uomo, è figlia della paura di un bambino che teme il buio, osserva Geza Roheim [39]. La morte è la nascita dell'immagine, ricorda Thomas Mann [33]. Haynal ha esaminato la biografia di numerosi artisti del XIX secolo e vi ha riscontrato quasi sempre precoci esperienze di abbandono e di morte.

Per creatività intendiamo qui non solo quella previsionale o scientifica o quella metaforica o artistica, ma ogni procedimento del *Sé creativo* [6] per cui l'individuo riesce a trascendere l'ordinario schema stimolo-risposta. Arieti [9] pone come costitutivo dell'atto creativo il processo terziario. La relazione terapeutica col paziente depresso, com'è noto, prevede aspetti esplorativi, trasformativi e prospettici che caratterizzano la riformulazione conoscitiva, maturativa e progettuale dei rapporti tra *sentimento sociale* ed *istanza di autoaffermazione* [18]. Nel momento prospettico, più spesso ma non esclusivamente reso evidente nelle fasi medie e finali del processo analitico, è situata la ricerca di nuovi possibili modi di vivere rispetto a quello depressivo delle mete autorealizzative in luogo di quelle fittizie [34].

Lo stile di analisi con pazienti depressi è l'espressione dell'essere, del sentire e del fare "creativo" del terapeuta ed è funzione del suo *Sé creativo*. Qui si pone l'occasione fruibile dal paziente di cogliere le proprie istanze creative. Parenti sottolinea come a questo proposito «risulti essenziale un'atmosfera del setting partecipativo, che attui il concetto individualpsicologico di *coppia terapeutica creativa*» (36, p. 12).

Le identificazioni, le controidentificazioni del paziente potranno favorire lo sviluppo del suo *Sé* oltre gli schemi della dipendenza regressiva – pur necessaria per avviare la relazione terapeutica – proprio quando esse incontrano il *Sé creativo* dell'analista (cfr. identificazione [26] congeniale [41]). Il *Sé creativo* [6] unitario e coerente è posto come un sistema di alta soggettività, personalizzato, che interpreta e rende significative le esperienze dell'individuo. Anzi le attiva – tramite un processo progettuale – nel senso dell'abduzione [14] e del pensiero dell'assente possibile [18].

In questo contesto *l'empatia* [4, 29, 30] e la sua estrinsecazione, verbale o non, sono il riconoscimento delle autentiche, talora cospicue, potenzialità progettuali del paziente, di cui anche i sintomi sono segnali. Tramite un'*identificazione*

creativa [18] l'analista percepisce le possibilità del paziente di "accordare" le valenze del *sentimento sociale* e della *volontà di potenza* in un progetto: quello possibile, qui e ora. La richiesta empatica al paziente di impegnarsi creativamente, fondata su identificazioni dell'analista al servizio dello sviluppo del Sé, riguarderà *solo quanto egli può essere, sentire, fare*. Occorre infatti evitare messaggi, anche impliciti e inconsapevoli, esigenti ed esosi, per non innescare iatrogenicamente ulteriori processi di scoraggiamento [15, 40]. Lo scoraggiamento, come demotivazione e depressione, incombe nel depresso tanto quanto è avviato, dopo l'incontro incoraggiante col *deficit*, un progressivo *smascheramento delle mete fittizie*.

V. Dalle mete fittizie alla transmotivazione e Sé creativo

I vissuti di perdita e svuotamento sono centrali nello *stile di vita* depressivo. Qui si trova, al fondo della regressione, quella segreta forza motrice fruibile per gli interventi di transmotivazione [40]. È questo il processo prospettico e progettuale per cui l'individuo può riprendere lo sviluppo del Sé sia mediante un passaggio da un livello motivazionale a quello successivo sia tramite l'integrazione degli stessi. Occorre avviare – per quanto precariamente – il cammino verso la parziale gratificazione dei *bisogni alti e supremi* [34], tra i quali l'accettazione di sé, degli altri e della natura, un'adeguata qualità del distacco e della solitudine, autonomia e indipendenza dalla cultura dominante, resistenza all'inculturazione, la partecipazione creativa, l'umorismo filosofico, l'esperienza dell'amore e della gioia, etc.

L'esperienza creativa esprime un'autoaffermazione utile per "il senso comune" [8]. È una nuova sintesi partecipante e rappresenta il più avanzato tentativo del Sé di coesione armonica tra *sentimento sociale* ("fare per/con gli altri") e *volontà di autoaffermazione* ("con crescita dell'autostima"). L'oggetto "creato" non è necessariamente artistico o scientifico; più spesso è "piccolo", inerente trasformazioni di abitudini quotidiane relazionali o lavorative o del tempo libero. Qui nell'area di molte finalità minori, *l'inutile*, come intende Parenti [36], può avere un valore strategico determinante. Accresce l'autostima del soggetto attraverso una compensazione positiva e socialmente utile del sentimento di inferiorità; queste piccole iniziative sono spesso propedeutiche all'attivazione di "circoli virtuosi", che a loro volta esitano in trasformazioni esistenziali assai più significative per il "senso della vita" [5, 22].

Dal *Sé creativo* del paziente sembrano recepiti, piuttosto che le interpretazioni o confronti, gli interventi subliminali: simboli, segni, rituali suggeriti in modo informale. L'incontro, alleanza incoraggiante col *deficit*, porta a piccole riforme e revisioni di stili organizzativi inconcludenti: una passeggiata, il riordi-

no della scrivania, una revisione degli orari, l'acquisizione di piccole abitudini, simboli e rituali per un addestramento progressivo al "poco" rispetto, all'assenza del tutto. La piccola creatività appare come la miglior fruttificazione di un albero favorita dalla potatura [52].

Spesso le nuove iniziative nascono dalla riscoperta della ricreatività, dal diverso atteggiamento verso il tempo libero. Non raramente il paziente si accorge di propensioni artistiche (danza, teatro, pittura, musica) mai valorizzate. Nei pazienti depressi spesso questa strutturazione autentica dell'iniziativa è assai poco sviluppata. Essi hanno dedicato la loro esistenza ad essere come gli altri per ottenerne l'approvazione amorevole, rinunciando a diventare se stessi, soggetti originali di un adattamento creativo al mondo esterno.

Il paziente depresso impiega meccanismi identificatori primitivi (tipo identificazione primaria [44]), ed è a lungo incapace di quella "scissione" utile all'alleanza terapeutica. L'addestramento a sopportare piccole perdite necessarie alle piccole iniziative con funzione simbolica dovrebbe costituire una delle finalità dell'intervento terapeutico. Tale tirocinio comporta tuttavia che l'avvicinarsi a nuclei di angosciosa impotenza minacci il Sé del paziente e del terapeuta. Freud [24] sosteneva che l'Io è il "precipitato degli oggetti abbandonati". Il controatteggiamento dei terapeuti è talora modulato dall'elaborazione, in sede di supervisione, di fantasmi di svuotamento, annientamento e di distruzione nei confronti del paziente. Le reazioni controtransferali si aggirano tra contagio depressivo e reazione aggressiva contromanipolativa.

Sebbene tali suggerimenti silenziosi e informali favoriscano una dipendenza ottimale, utile alla progressiva autonomia del paziente, le resistenze si attivano anche nel *Sé creativo* per ostacolare i bisogni di *ribellione protetta*, per evitare il rischio di un rifiuto ancora intollerabile. Una nuova idea, un nuovo programma possono nascere prima che essi abbiano rotto il legame con il passato, spinti dal bisogno inconsapevole di restaurare ciò che è stato distrutto: creatività come ribellione, ma anche come onnipotente restaurazione e riparazione. Questi pazienti esigono contemporaneamente di essere amati e di essere autorizzati a ribellarsi. Balzac, affetto da psicosi maniaco-depressiva, scriveva: «fra non molto possiederò il segreto di quel misterioso potere: poter costringere tutti gli uomini ad ubbidirmi e tutte le donne ad amarmi» (27, p. 68).

La capacità, nell'analista, di tollerare la propria impotenza e rabbia è fruibile dal paziente come un "modello plastico". Questo sarà dapprima usato come protesi, unitamente agli interventi farmacologici e con la famiglia, e successivamente come struttura identificatoria: «come io sono fragile, tu sei capace di essere fragile...».

La grande fame di identificazione e dipendenza troverà un modello evolutivo nelle identificazioni creative del terapeuta. Esse nascono, per la segreta forza motrice, dalla sua impotenza e dal suo vuoto. Queste consentono di intuire quanto “lì ed ora” il paziente può accrescere un atteggiamento creativo nei confronti del lutto. L’illusione onnipotente di abolire la mancanza e l’inferiorità potrà essere affiancata nel paziente, attraverso le vicissitudini della terapia, dall’esperienza condivisa col terapeuta per cui di lutto si può vivere oltre che morire. Dal lutto può nascere il *sensu* che rende vivibile la separazione.

Bibliografia

1. ADLER, A. (1907), *Studie über Minderwertigkeit von Organen*, tr. fr. *La compensation psychique de l'état d'infériorité des organes*, Payot, Paris 1971.
2. ADLER, A. (1935), The Fundamental View of Individual Psychology, *Int. J. Ind. Psychol.*, I: 1-5.
3. ADLER, A. (1912), *Über den nervösen Charakter*, tr. it. *Il temperamento nervoso*, Newton Compton, Roma 1971.
4. ADLER, A. (1920), *Praxis und Theorie der Individualpsychologie*, tr. it. *La Psicologia Individuale*, Newton Compton, Roma 1970.
5. ADLER, A. (1927), *Menschenkenntnis*, tr. it. *Conoscenza dell'uomo*, Mondadori, Milano 1954.
6. ADLER, A. (1933), *Der Sinn des Lebens* tr. it. *Il Senso della Vita*, De Agostini, Novara 1990.
7. ADLER, A. (1936), Prefazione al diario di Vaslaviski Nijinski, ANSBACHER, L. H., PARENTI, F., PAGANI, P. L. (1981), *Adler e Nijinski*, Quad. Riv. Psicol. Indiv., Milano.
8. ANSBACHER, H. L., ANSBACHER, R. R. (1956), *The Individual Psychology of Alfred Adler*, Basic Books, New York.
9. ARIETI, S. (1967) *The Intrapsychic Self: Feeling, Cognition and Creativity Innealth and Mental Illness*, tr. it., *Il Sé intrapsichico*, Boringhieri, Torino 1969.
10. BENEDETTI, G. (1988), *La Schizofrenia*, Guerini e associati, Milano.
11. BENEDETTI, G. T., D'ALFONSO, L., ELIA, C., MEDRI, G. (1989), *Paziente ed analista nella terapia delle psicosi*, Feltrinelli, Milano.
12. BERGER, M. (1984), On the Way to Emphathic Understanding, *Am. J. of Psychot*, 37: 111-120.
13. BOLTERAURER, L. (1982), Die narzisstisch gestorte Persönlichkeit im psychoanalytischen Aspekt von Kohut und Individualpsychologischen Aspekt, *Z. f. Individualpsych.*, 6: 76- 84.
14. BONFANTINI, M. A. (1986), Invenzione e abduzione, in BOERI, R., BONFANTINI, M., *La forma dell'inventiva*, Unicopli, Milano.
15. DINKMEYER, D., DREIKURS, R. (1963), *Encouraging Children to Learn: the Encouragement Process*, tr. it. *Il processo di incoraggiamento*, Giunti e Barbèra, Firenze 1974.
16. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1995), *DSM IV Diagnostic and Statistical Manual Disorders*, tr. it. *DSM IV Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*, Masson, Milano 1996.

17. FASSINO, S. (1986), Per una teoria Individualpsicologica delle relazioni endopsichiche: il sentimento sociale e il dialogo interiore, *Riv. Psicol. Indiv.*, 24-25, I: 38-58.
18. FASSINO, S. (1989), Social Interest and Creative Self, *Indiv. Psychol. Doss.*, 1: 61-91.
19. FASSINO, S., ROVERA, G. G. (1996), Psychotic Disorders in Borderline Personality Disorders: Strategies between the Supportive and Intensive Therapies, in BORRI, P., QUARTESAN, R., MORETTI, P., ELISEI, S. (a cura di), *Borderline and Psychotic Disorders: Therapeutic Strategies*, ARP, Perugia.
20. FASSINO, S., FERRERO, A. (1982), A proposito dell'identificazione transindividuale al servizio dell'agente terapeutico, *Riv. Psicol. Indiv.*, 9-10: 159-167.
21. FERRERO, A. (1988), Riflessioni per una teoria del conflitto nell'ambito della Psicologia Individuale, in PETRELLA, F. (a cura di 1988), *Modelli e tecniche in psicoterapia*, C.S.T., Torino.
22. FRANKL, V. F. (1977), *Psicoterapia nella pratica medica*, Giunti e Barbèra, Firenze.
23. FREUD, S. (1917), *Traver und Melancholie, Lutto e melanconia*, *Opere*, vol. VIII, Boringhieri, Torino 1980.
24. FREUD, S. (1923), *Das Ich und das Es, L'io e l'Es*, *Opere*, Vol. IX, Boringhieri, Torino 1980.
25. GABBARD, G. O. (1994), *Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice*, tr. it. *Psichiatria psicodinamica*, Cortina, Milano 1995.
26. GRINBERG, L. (1976), *Teoria dell'identificazione*, Loescher, Torino.
27. HAYNAL, A. (1987), *Dépression et créativité*, Cesura, Lyon .
28. HEEISTERKAMP, G. (1983), Psychotherapie als beziehungs Analyse, *Z. f. Individualpsychol.*, IX, 5: 86-106.
29. KOHUT, H. (1977), *The Restoration of the Self*, tr. it. *La guarigione del Sé*. Boringhieri, Torino 1980.
30. KOHUT, H. (1978), *The Search for the Self*, tr. it. *La ricerca del Sé*, Boringhieri, Torino 1982.
31. KRUTTKER-RUPING, M. (1986), Narzisstische Persönlichkeit in der Sicht der Individual psychologie, *Z. f. Individualpsych.*, XI, 1: 9-24.
32. KÜNKEL, F. (1957), *Einführung in die Charakterkunde*, Hirzel, Stuttgart.
33. MANN, T. (1912), *Der Tod in Venedig*, tr. it., *Morte a Venezia*, Mondadori, Milano 1961.
34. MASLOW, A. (1951), *Motivation and Personality*, tr. it. *Motivazione e personalità*, Armando, Roma 1973.
35. PARENTI, F. (1983), *La Psicologia Individuale dopo Adler*, Astrolabio, Roma.
36. PARENTI, F. (1988), Valore dell'inutile e Sé Creativo, *Riv. Psicol. Indiv.*, 28-29: 7-15.
37. PARENTI, F., PAGANI, P. L. (1986), *Psichiatria dinamica*, C.S.T., Torino.
38. PARENTI, F., PAGANI, P. L. (1988), *Capire e vincere la depressione*, De Agostini, Novara.
39. ROHEIM, G. (1943), *Origine et fondation de la culture*, Gallimard, Paris 1972.
40. ROVERA, G. G. (1982), Transmotivazione: proposte per una strategia dell'incoraggiamento, *Riv. Psicol. Indiv.*, 17-18: 28-50.
41. ROVERA, G. G. (1990), Analytic Aspects of Regression, *Indiv. Psychol., Doss.* 2: 61-76.
42. ROVERA, G. G. (1994), Formazione del Sé e patologia borderline, *Atque*, 4: 127-140.
43. ROVERA, G. G. (1993), La Psicologia Individuale, in PANCHERI, P., CASSANO, G. B. (a cura di, 1993), *Trattato italiano di psichiatria*, Masson, Milano.
44. RYCROFT, C. (1968), *A Critical Dictionary of Psychoanalysis*, tr. it. *Dizionario cri-*

tico di Psicoanalisi, Astrolabio, Roma 1970.

45. SCHMIDT, R. (1985), Neuere Entwicklungen der Individualpsychologie im deutschsprachigen Raum, *Z. Individualpsychol.*, X: 226-36.
46. SEIDEL, V. (1985), Regression als therapeutisches Agens in der individualpsychologische therapie. *Beitr. Z. Individualpsychol.*, 6: 90- 99.
47. SHULMAN, B. H. (1981), The Meaning of People to the Schizophrenic and the Maniac-depressive, in *Contributions to Individual Psychology*, Alfred Adler Institute, Chicago.
48. SHULMAN, B. H. (1981), Life Style, in *Contribution to Individual Psychology-Selected Papers*, Adler Institute, Chicago.
49. SHULMAN, B. H. (1984), *Essays in Schizophrenia*, Adler Institute, Chicago.
50. SPERBER, M. (1972), *Alfred Adler et la Psychologie Individuelle*, Gallimard, Paris.
51. STEVENIN, L. (1978), Psychotherapies de créativité, *Enc. Med. Chir.*, 37817 E 10-10, Paris.
52. SULLIVAN, H. S. (1953), *Teoria interpersonale della psichiatria*, Feltrinelli, Milano 1977.

Secondo Fassino
Via Milazzo, 2
I-10133 Torino