

“Aspirazione alla superiorità - perfezione” come componente del “Sentimento sociale”: un caso clinico dalla diagnosi al trattamento

FLAVIO CASOLARI

Summary – REPRESSION OF THE ASPIRATION FOR SUPERIORITY-PERFECTION, ALONG WITH A DEFICIT IN THE DEVELOPMENT OF SOCIAL FEELING. A CASE STUDY FROM DIAGNOSIS TO TREATMENT. The hypothesis of this paper, based on clinical observation, is that the repression of the aspiration for superiority – perfection, facilitated by compensatory mechanisms aimed at avoiding it, may be correlated with a deficit in the development of social feeling. In that sense the concept of aspiration for superiority – perfection could be identified as a component of social feeling, serving as an important motivation for emotional involvement in interpersonal relationships. Claudia’s lifestyle, as described in the paper, exemplifies these dynamics very well. I have chosen to present this case study, from diagnosis to treatment, to highlight how the psychotherapeutic work of recovery and re - elaborating the aspiration for superiority – perfection is, in certain cases, preparatory for enhancing social feeling, the ultimate goal of all Adlerian psychotherapies.

Keywords: ASPIRAZIONE ALLA SUPERIORITÀ-PERFEZIONE, SENTIMENTO SOCIALE, AGGRESSIVITÀ, RELAZIONE TERAPEUTICA

I. L’aspirazione alla superiorità - perfezione come componente del sentimento sociale

Nella mia pratica clinica come psicoterapeuta mi sono spesso trovato ad avere a che fare con pazienti che presentano una rimozione dell’aspirazione alla superiorità – perfezione [8,11], concetto che, come evidenziano autori come Pier Luigi Pagani e Secondo Fassino [17, 27], può essere considerato l’evoluzione di quello di “pulsione aggressiva” del primo Adler [3]. Questa rimozione appare favorita da meccanismi compensatori [4, 5, 28] finalizzati all’evitamento della stessa [7, 8]. Le dinamiche descritte sono tendenzialmente accompagnate da un’inibizione della componente aggressiva, un’inclinazione verso l’isolamento sociale o l’individualismo e una difficoltà nelle capacità collaborative con gli altri individui.

Le persone con queste caratteristiche, come evidenzia lo stesso Adler, appaiono più “preoccupate di evitare una sconfitta che di darsi da fare per avere successo”, restringendo il proprio campo d’azione a quella che il padre della psicologia individuale, con una sua celebre metafora, descrive come la “catapecchia angusta del nevrotico” (7, pp. 42-43).

Mi sono quindi interrogato sui possibili legami psicodinamici tra i concetti di aspirazione alla superiorità - perfezione e sentimento sociale [8, 11], pilastri della teorizzazione adleriana. Questo tema, come individua Andrea Ferrero in un suo recente articolo (22, p. 39), risulta molto attuale, in quanto fonte di dibattito e aggiornamento nel panorama della psicologia individuale contemporanea a livello internazionale.

Come si può riscontrare in ambito clinico, la connessione tra questi due concetti appare piuttosto stretta, tanto che la rimozione dell’aspirazione alla superiorità - perfezione mediante meccanismi compensatori volti all’evitamento della stessa, accompagnata da un’inibizione della componente aggressiva, può portare ad un arresto nello sviluppo del sentimento sociale.

Adler individua questo dinamismo già in un articolo del 1908, “Il Bisogno di tenerezza del bambino”: “La tendenza aggressiva può subire un’inibizione che all’inizio si mette in moto decisamente in direzione e sotto la pressione della cultura, ma successivamente quest’inibizione si estende e annulla la stessa aggressività culturale, cioè l’attività, gli studi, le aspirazioni culturali, sostituendola con il “pallore del dubbio”. In quest’anomalia dello sviluppo troviamo anche, al posto della soddisfazione istintuale o dell’aggressività culturale, l’umore negativo, la mancanza di fiducia in se stessi e la paura come espressioni di una presa di posizione mal riuscita, per esempio, di fronte alle domande dell’insegnante, segni di un sentimento sociale insufficiente” (2, p. 10).

In questo senso, come anche altri autori hanno evidenziato [14, 16], all’interno dell’impianto teorico individualpsicologico l’aspirazione alla superiorità - perfezione può essere intesa come una componente del sentimento sociale: un’ “energia propulsiva necessaria allo sviluppo” (17, p. 46), molto importante per indirizzare l’individuo verso un coinvolgimento nelle relazioni interpersonali che, se rimossa, pone il soggetto nell’impossibilità di acquisire quelle competenze sociali fondamentali per relazionarsi con gli altri in senso collaborativo, aspetto centrale del benessere psicologico nella prospettiva adleriana [7, 8].

Questo indissolubile legame tra le due istanze psichiche individuate da Adler viene ben evidenziato in un’interessante scritto di Pier Luigi Pagani del 2003, “Dal bisogno primordiale alle istanze differenziate: dal “senso sociale” al “sentimento sociale”: “La volontà di potenza oltre a essere “l’energia che indirizza l’uomo, a livello conscio e inconscio, verso finalità di elevazione, di affermazione personale, di competizione” al servizio dell’aspirazione alla superiorità” è, anche e soprattutto, impulso all’autopro-

tezione per fini conservativi. Inoltre, sul piano dello sviluppo, la volontà di potenza è indubbiamente uno dei fattori specifici dell'esistenza umana, in quanto favorisce l'adattamento attivo dell'individuo all'ambiente. Nel neonato tale bisogno elementare mostra, in fieri, gli elementi di un dinamismo compensatorio atto a porre rimedio al senso d'inferiorità, ma, sin dai primi tempi, già intimamente legato alla vita di relazione” (26, pp. 26-27).

Come evidenzierò esponendo un caso clinico, un recupero ed una rielaborazione [32] dell'aspirazione alla superiorità - perfezione nel corso della psicoterapia, favorente una riattivazione della componente aggressiva, risultano spesso necessari e propedeutici ad un implemento del sentimento sociale e ad un possibile cambiamento di direzione della meta del soggetto [7, 17, 23, 28] verso un maggiore coinvolgimento nelle relazioni interpersonali, fondamentale per lo sviluppo delle capacità collaborative.

II. *Il Caso di Claudia*

Claudia è una ragazza di 30 anni che segue in psicoterapia da circa 5 anni. Quando l'ho conosciuta presentava un'importante sintomatologia ansioso-depressiva che in certi periodi la portava a rimanere a letto per giorni, con crisi di pianto improvvise e forte agitazione, insonnia e malesseri psicosomatici, prevalentemente riguardanti l'apparato gastrointestinale.

Inoltre lamentava una forte tendenza alla dipendenza affettiva, in particolare verso un ragazzo con cui intratteneva una relazione da qualche anno. Da un punto di vista categoriale, oltre ai sintomi ansioso-depressivi e psicosomatici, mostrava alcuni tratti tipici del Disturbo dipendente di personalità secondo il DSM - 5, in particolare una “difficoltà ad esprimere disaccordo per timore della perdita di approvazione e sostegno”, “sentimenti di disagio e impotenza quando sola” e “difficoltà ad intraprendere progetti” [10].

Lo Stile di Vita [8, 23, 31] di Claudia, che andrò a descrivere, esemplifica molto bene l'utilizzo di modalità compensatorie volte ad evitare l'aspirazione alla superiorità - perfezione, con conseguente inibizione dell'aggressività interpersonale e della motivazione ad interagire con gli altri in senso collaborativo.

Per questo il lavoro sulla mentalizzazione [9] di emozioni come la rabbia e quindi il graduale recupero di una componente aggressiva, molto inibita nelle prime fasi della psicoterapia, è risultato un aspetto importante del trattamento di questa ragazza. Ciò, nel tempo, ha favorito il procedere della psicoterapia con un evidente potenziamento del suo sentimento sociale.

Nell'espone il caso partirò con l'analizzare le dinamiche dello Stile di vita di Claudia, relative alla rimozione e all'evitamento dell'aspirazione alla superiorità - perfezione, per poi passare a descrivere alcuni aspetti del lavoro psicoterapeutico fatto con lei.

III. *Il movimento di Claudia nei suoi compiti vitali*

Partendo dall'ambito relazionale, Claudia sembrava utilizzare una compensazione improntata alla compiacenza per assicurarsi il benvolere delle altre persone, in particolare del partner. Nel primo periodo di terapia aveva una relazione con un ragazzo suo coetaneo, molto svalutante nei suoi confronti, verso il quale appariva per molti aspetti succube.

Ad esempio, durante i loro incontri, commentava il suo look facendola spesso sentire brutta o vestita in modo inadeguato, nonostante Claudia fosse una ragazza molto piacevole, alta, mora con gli occhi azzurri e lineamenti piuttosto fini, anche se il suo aspetto lasciava trasparire una tendenza alla malinconia e il suo fisico gracile dava un'idea di scarso vigore e passività. Un altro esempio era legato all'organizzazione delle loro uscite.

I giorni nei quali si vedevano, infatti, non erano decisi tra loro in modo concorde, ma il ragazzo decideva le sere che voleva dedicare a queste e lei si teneva libera di conseguenza, adattando altri eventuali impegni all'agenda di lui. Tale modalità, oltre a mantenerla in uno stato di perenne attesa e ansia, in quanto il ragazzo le comunicava quasi sempre con scarsissimo anticipo quando sarebbe stato libero per vederla, l'aveva anche portata a discutere con le sue amiche perché non poteva mai prendere impegni con loro, se non all'ultimo momento.

Inoltre il partner aveva un figlio di 4 anni, avuto molto giovane da una breve frequentazione, di cui fin dalla nascita si era occupato, privilegiando quasi sempre l'incontro con il figlio al sentire e vedere la paziente. Per questo Claudia si sentiva spesso trascurata, seppur vivendo ciò soltanto come un suo "difetto", ovvero quello che lei definiva un "bisogno eccessivo di attenzioni". Il suo Stile di vita appariva improntato all'evitamento di qualsiasi conflitto con il partner, che effettivamente le rare volte in cui Claudia "osava" mettere in discussione qualche aspetto dell'organizzazione dei loro incontri si arrabbiava molto, non facendosi vedere e sentire per giorni.

Queste dinamiche causavano alla paziente forti sofferenze emotive, connotate da un intenso timore di essere lasciata perché "sbagliata" e "infantile" se avesse espresso il malessere che durante i colloqui emergeva sotto forma di pianto e pensieri depressivi. Tuttavia quando passavano del tempo insieme Claudia si sentiva molto bene, valorizzata dall'affettuosità del ragazzo, piuttosto intraprendente soprattutto da un punto di vista sessuale rispetto a lei, più passiva e inesperta. Emergeva un forte bisogno della paziente di sentirsi coccolata, quasi contenuta da un punto di vista fisico, aspetto del loro rapporto che sembrava darle particolare gratificazione.

Nel periodo dei primi colloqui, tuttavia, le cose tra loro non andavano bene: lui era sempre meno presente e lei aveva il sospetto che frequentasse altre ragazze a sua insa-

puta, soggiornando per lunghi periodi all'estero per il suo lavoro e, in certe occasioni, non facendosi sentire per giorni.

Anche nell'ambito delle amicizie si evidenziavano dinamiche simili, con una tendenza alla compiacenza nei confronti delle amiche, finalizzata all'evitamento di possibili conflitti e le emozioni conseguenti. Claudia aveva moltissime amiche con cui, tuttavia, non sembrava avere instaurato rapporti particolarmente profondi o reciproci.

Quando uscivano lei si mostrava sempre molto disponibile ad ascoltare i problemi di tutte, tanto che queste volevano quasi sempre frequentarla individualmente, per sfogarsi rispetto alle loro difficoltà. La paziente, invece, tendeva a non parlare di sé per timore di appesantire gli incontri con i suoi problemi e di essere criticata rispetto al suo agire.

Ciò che appariva molto evidente era come, a dispetto delle frequentazioni quasi quotidiane, tanto che Claudia faticava a incontrare le amiche quanto avrebbe voluto e loro avrebbero desiderato, lei non si sentisse in relazione quasi con nessuno, lamentando un forte sentimento di solitudine e un'intensa ansia legata alla preoccupazione di soddisfare le esigenze dell'una o dell'altra.

Anche i rapporti familiari coi genitori e il fratello, che riprenderò parlando della sua infanzia, erano molto freddi, tanto che Claudia non parlava mai con loro dei suoi problemi mostrandosi, anche nei momenti di crisi, sempre distaccata e apparentemente tranquilla. La paziente viveva l'interessamento dei genitori nei suoi confronti come fastidioso e inopportuno.

Così se questi le chiedevano qualcosa rispetto alla sua vita tagliava corto, senza rivelare niente di sé. Un fatto a mio parere molto caratteristico rispetto al suo Stile di Vita era che nonostante il fratello, di 5 anni più piccolo di lei, fosse seguito da anni da un collega psicoterapeuta privatamente (a spese dei genitori) per importanti problematiche depressive, lei si fosse rivolta a me autonomamente, non dicendo nulla ai genitori per non farli preoccupare e per non mostrare debolezza.

Per quanto riguarda l'ambito lavorativo, Claudia dopo la laurea triennale in economia aveva trovato un'occupazione come impiegata amministrativa in un'azienda del territorio. Sul lavoro si dimostrava sempre molto diligente e attenta, lavorando spesso oltre il suo orario o portandosi il lavoro a casa nel weekend.

Per questo aveva conquistato il benvolere della responsabile del suo ufficio che in alcune occasioni aveva avanzato l'ipotesi di affidarle un ruolo di maggiore responsabilità. Tuttavia la paziente, per timore di suscitare le invidie delle colleghe, non voleva assolutamente assumere un ruolo di questo tipo, tendendo a evitare la sua responsabile verso cui sperimentava una forte ansia, sentendosi spesso inadeguata.

Analizzando il movimento di Claudia nel contesto dei suoi compiti vitali emergeva questa tendenza alla compiacenza, finalizzata all'evitamento dell'ambizione alla superiorità-perfezione, fonte di potenziali conflitti in ambito interpersonale. Questo dinamismo la portava ad essere poco coinvolta emotivamente dalle relazioni, aspetto fondamentale per lo sviluppo del sentimento sociale [26].

In conseguenza di ciò la paziente lamentava forti sintomi di inadeguatezza e insoddisfazione, così come intensi vissuti di solitudine, apatia e importanti malesseri psicosomatici, collegati a momenti di ansia e tristezza molto intensa che sfociavano spesso in pianti incontrollabili. Claudia si vedeva come una bambina, timorosa e incapace di reagire alla vita.

La cosa che più mi aveva colpito nelle prime fasi della terapia era la sua freddezza, in contrasto con i momenti di pianto, che mi apparivano come l'unico modo in cui riusciva ad esprimere la sua forte emotività.

IV. *L'infanzia di Claudia*

Ora riporterò alcune ricostruzioni basate sui ricordi di Claudia relativi alla sua infanzia, caratteristiche rispetto alla strutturazione del suo Stile di vita. Citerò anche alcune memorie episodiche che credo permettano di entrare maggiormente a contatto con i vissuti infantili della paziente che si può ipotizzare ne abbiano influenzato la "memoria procedurale implicita attaccamento correlata" (18, p. 50) e quindi lo stile di attaccamento [12].

Claudia ricorda un clima familiare molto influenzato dalla personalità della madre, descritta come donna piuttosto decisa ed esigente nei confronti dei figli e del marito. La madre era, e non mancava mai di mostrarsi, molto stressata e ansiosa, sia per il suo lavoro di impiegata part - time, che per le incombenze familiari.

Quando era a casa risultava sempre particolarmente impegnata nelle pulizie domestiche, aspetto a cui teneva enormemente e che porta ad ipotizzare una sua tendenza ossessiva. Claudia ricorda di come, fin da molto piccola, fosse obbligata a pulire casa, soprattutto durante i weekend, e di come la madre fosse anche particolarmente pretenziosa verso il padre che tendeva ad assecondare sempre le sue richieste. Se i familiari non la assecondavano se la prendeva, arrivando spesso a colpevolizzare la figlia per il malessere che le procurava.

Claudia non ricorda particolari manifestazioni di affetto da parte sua, sempre molto fredda ed orientata al fare più che al fornire calore e sostegno ai familiari. Da questi racconti si configura un clima domestico di forte tensione e ansia in cui tutti dovevano stare attenti a come rispondevano o agivano, citando la paziente "Per paura di fare arrabbiare la mamma" e che lei subiva particolarmente.

Mi sembra che due ricordi risalenti al periodo delle scuole elementari esemplifichino molto bene questa dinamica:

- “Una volta avevo dimenticato di scrivere i compiti sul diario e per timore che mia madre lo scoprisse lo avevo nascosto. Poi lei l’ha scoperto e ricordo di come fosse diventata furiosa nei miei confronti non parlandomi per tutta la giornata.”
- “Una volta, non ricordo per quale motivo, avevo risposto a mia madre dicendole “fanculo”, parola che probabilmente avevo sentito a scuola, ma di cui non sapevo il significato. Ricordo di come lei si fosse molto arrabbiata venendomi a due centimetri dalla faccia con fare minaccioso e urlando “Non ti permettere mai più!”

Anche il padre viene descritto come piuttosto freddo e poco supportivo nei confronti della paziente, preoccupato più di soddisfare le richieste materne che di occuparsi dei figli. Dai racconti di Claudia si configura l’immagine di un uomo molto impegnato sul lavoro di impiegato che nei momenti in famiglia cerca in tutti i modi di evitare i conflitti per mantenere un clima di apparente calma e tranquillità. Credo che un ricordo risalente al periodo delle scuole medie permetta di comprendere lo stile paterno rispetto alla gestione di eventuali conflitti familiari:

- “Eravamo in macchina e non ricordo quale fosse l’argomento preciso, ma mi ero trovata a contraddire mia madre su alcune sue convinzioni; in quel momento mio padre, che stava guidando, dal seggiolino anteriore ha allungato una mano dandomi un forte pizzicotto sulla coscia. Ricordo il forte dolore, ma ancora di più la tristezza di quel momento. Anche in quel caso mi sono dovuta zittire per non fare arrabbiare la mamma”

Durante la sua infanzia Claudia, spesso colpevolizzata se esprimeva le sue esigenze, ha interiorizzato due figure genitoriali trascuranti, molto orientate su di sé e poco disponibili nel cercare di comprendere i suoi bisogni, sviluppando quello che la teoria dell’attaccamento identifica come attaccamento insicuro - ansioso [12]. Quando lei aveva 5 anni, poi, è nato suo fratello, Marco.

Nel contesto familiare descritto precedentemente la nascita del fratellino sembra avere aumentato le inquietudini della paziente aggiungendo allo scarso calore e supporto emotivo una forte invidia nei confronti di questo.

Infatti la paziente ricorda di come sua madre fosse tanto affettuosa col fratellino appena nato quanto fredda con lei, cosa che porta ad ipotizzare la rimozione di un’affettività e attenzione materna sperimentata nella prima infanzia, ma che poi le è stata “tolta” crescendo. Questa dinamica è descritta magistralmente da Adler nella sua opera “Psicologia del bambino difficile” nel passaggio relativo al “primogenito detronizzato” (6, p. 144).

La madre, inoltre, descritta come molto pudica, manifestava un particolare disagio rispetto al femminile. Fin da quando Claudia era piccola quasi si vergognava a toccarla nel momento in cui doveva darle una mano a cambiarsi e durante la sua adolescenza era sempre molto preoccupata che non si comportasse o vestisse da “sgualdrina”.

Un ricordo che caratterizza molto bene il rapporto della paziente con la madre rispetto alla femminilità riguarda la comparsa del menarca e di come per vergogna Claudia avesse cercato di nascondere in qualche modo, fino ad essere poi stata scoperta soltanto a causa delle macchie sui vestiti. Tornando al periodo della nascita di Marco la paziente ricorda anche di come la madre tendesse a colpevolizzarla se il fratello neonato piangeva, anche in occasioni in cui lei non c'entrava niente.

Marco, poi, come accennato precedentemente, in adolescenza ha sviluppato un disturbo depressivo, con minacce di agiti autolesionistici che l'hanno condotto anche ad un breve ricovero e ad essere seguito per anni da un collega psicoterapeuta privatamente. Il fatto che i genitori, comprensibilmente preoccupati per questo figlio, gli abbiano dato maggiori attenzioni nel corso della sua adolescenza, non ha fatto che aumentare l'invidia della paziente, così come la sua tendenza all'evitamento delle emozioni, dovendo mostrarsi come “quella forte”, per non fare preoccupare i genitori, già molto provati dalla gestione della situazione del fratello.

V. Lo stile di vita di Claudia

Dai ricordi di Claudia si possono ricostruire alcune dinamiche del suo Stile di vita, rispetto ai concetti di aspirazione alla superiorità - perfezione e sentimento sociale. A causa di questo clima familiare di freddezza e rimprovero costante durante l'infanzia la meta inconscia [17, 23] di Claudia appariva indirizzata a evitare le componenti emotive viste come infantili, eccessive e sbagliate. Questo per non mostrare i suoi bisogni ai genitori e “Non fare arrabbiare la mamma”, frase che si ritroverà quasi come un mantra nel corso della psicoterapia.

È ipotizzabile che l'aspirazione alla superiorità - perfezione, potenziale fonte di conflitto coi genitori nel momento in cui contrastava il loro volere, sia stata rimossa dalla paziente nei primi anni di vita, favorendo la strutturazione di quello che Winnicott identifica come Falso sé [34] e che in termini adleriani si può definire una compensazione dal lato inutile della vita [4, 5, 7].

La compiacenza di Claudia, “brava bambina” che ubbidiva ai genitori, puliva la casa senza fare storie e prendeva bei voti a scuola, appariva quindi finalizzata a evitare e reprimere la sua aspirazione alla superiorità - perfezione ed insieme ad essa i suoi desideri e bisogni più profondi, come quelli di vicinanza, affetto e reciprocità con le altre persone, fornendole allo stesso tempo un'apparenza di superiorità fittizia rispetto a questi [7].

Da qui apparivano molto più comprensibili le sintomatologie ansioso – depressive, i malesseri psicosomatici e i vissuti di solitudine, apatia e insoddisfazione della paziente in età adulta, determinati dallo scarso sviluppo del sentimento sociale, inibito a causa della rimozione dell’aspirazione alla superiorità - perfezione e delle componenti aggressive, fonti di intense angosce e paure, come quella di essere giudicata ed abbandonata dalle persone amate, radicate nella storia infantile di Claudia.

Questo ritiro emotivo dalle relazioni aveva, infatti, condannato la paziente a reprimere i propri bisogni relazionali non permettendo lo sviluppo di quelle capacità collaborative fondamentali per il benessere psicologico e un sentimento di pienezza e soddisfazione per la propria esistenza [5, 8].

VI. La terapia di Claudia

Per descrivere il lavoro psicoterapeutico fatto nel corso degli anni insieme a Claudia lo suddividerò in 3 fasi – che coincidono con le 3 fasi, iniziale, intermedia e finale in cui, secondo un criterio di suddivisione temporale, si può suddividere il percorso analitico (17, pp. 5-6) –: una prima di conoscenza e strutturazione dell’alleanza terapeutica, una seconda di rielaborazione della sua meta inconscia e una terza di collaudo e ampliamento del suo sentimento sociale.

Anche questa descrizione sarà incentrata sui concetti di aspirazione alla superiorità - perfezione e sentimento sociale, evidenziandone l’evoluzione nel corso della psicoterapia. Inoltre per ogni fase cercherò di focalizzarmi sulla relazione e su come cambiamenti nella paziente abbiano prodotto mutamenti nella relazione e nel mio Stile terapeutico [21, 31] nel corso del tempo e viceversa.

VII. Prima fase della psicoterapia

Come ho descritto precedentemente, Claudia si era rivolta a me in un momento di crisi, in cui le sue modalità compensatorie e il suo Stile di vita erano stati messi a dura prova. Questo per le problematiche col suo ragazzo dell’epoca che la facevano soffrire enormemente.

Nel momento in cui questo non la considerava Claudia, infatti, sperimentava un forte senso di colpa e frustrazione per il fatto di non essere abbastanza per lui, così come un’intensa paura di essere lasciata o tradita. In quel periodo nei fine settimana rimaneva spesso a letto a rimuginare, sperimentando forti sintomatologie psicosomatiche quali nausea o disturbi gastrointestinali, così come un umore molto depresso e pensieri fortemente autosvalutativi.

Durante i primi colloqui l’atteggiamento della paziente era di porsi come sbagliata e bisognosa di essere supportata, ma anche in un certo senso cambiata dallo psicotera-

peuta. La sua domanda manifesta era, infatti, di arrivare a non avere bisogno degli altri, dato che la sua emotività, difficilmente controllabile e esprimibile se non con pianti disperati, era vissuta da lei soltanto come infantile e inadeguata.

Nella fase iniziale della psicoterapia il mio atteggiamento è stato di sostegno, in accordo con le indicazioni di Gian Giacomo Rovera contenute nel suo articolo sullo “Stile terapeutico” relative alle prime fasi della psicoterapia: “Da un punto di vista operativo almeno nelle fasi iniziali l’utilizzo dell’atteggiamento di apertura del terapeuta (meeting), di fronte alla sofferenza dell’altro, si intreccia a quello di una terapia supportiva piuttosto che quella di una terapia intensiva, volta a smascherare le finzioni (masking), gli autoinganni ed ad interpretare le resistenze ed il transfert” (31, p. 50) e ho cercato di mettere in campo quello che lo stesso Rovera descrive come “atteggiamento incoraggiante” (29, p. 145), supportandola in questo momento di crisi.

Allora buona parte del mio agire come terapeuta era determinato, infatti, da quello che percepivo come un bisogno della paziente di allentare questo sentimento di essere sbagliata, portandola a riflettere sulle dinamiche col suo ragazzo e su come questo, più o meno consapevolmente, mettesse in atto una serie di modalità comportamentali e atteggiamenti con lo scopo di farla sentire in quel modo e farle fare ciò che lui voleva, svalutandola e non evidenziando particolare affetto e attenzione nei suoi confronti.

In questo modo ho cercato di utilizzare quella che Giuseppe Ferrigno identifica come una “strategia” o “ritmo dell’incoraggiamento” [24] adatta allo stile di vita di Claudia e alle sue evidenti fragilità, esacerbate da quel periodo stressante della sua vita.

Accanto a questi momenti di comprensione empatica [1, 20, 31], fornita quando Claudia esprimeva le sue emozioni col pianto ed emergevano i suoi pensieri depressivi e molto pessimistici rispetto al futuro - focalizzati sulla convinzione che non avrebbe mai trovato qualcuno che le volesse bene o l’amasse -, in cui riuscivo a sintonizzarmi con lei, processo che, come evidenzia Fassino parlando di “Sintonizzazione intenzionale” (18, pp. 55-57) è uno dei fattori fondamentali per il cambiamento psicoterapeutico, si manifestavano anche dei periodi più “freddi”, cioè meno ricchi di espressioni emotivamente pregnanti.

Allora Claudia mi parlava di sogni, ricordi della sua infanzia e ricostruzioni interpretative circa i suoi malesseri. Tuttavia quei momenti, apparentemente proficui da un punto di vista psicoterapeutico, in realtà mi apparivano vuoti.

Credo che tale sensazione, insieme a miei vissuti di noia e insoddisfazione durante i colloqui, molto frequenti nella relazione terapeutica con pazienti affetti da disturbi psicosomatici, – come evidenziato dal Prof. Franco Baldoni, esperto di medicina psicosomatica: “Il paziente stimola negli altri reazioni controtransferali di noia, monotonia, vuoto, mancanza di idee e frustrazione” (13, p. 311) –, fosse in gran parte de-

terminata dalle difese di Claudia, che anche con me faceva la “brava paziente”, come faceva la “brava bambina” con i genitori, mettendo in atto una finzione compensatoria [25] particolarmente caratteristica rispetto al suo Stile di vita.

Questo atteggiamento [31] appariva finalizzato ad evitare e reprimere le componenti emotive più profonde che avevano a che fare con l’aspirazione alla superiorità - perfezione, mantenendo la rimozione di queste. Col procedere dei nostri incontri queste componenti emotive hanno iniziato ad emergere nel contesto della relazione terapeutica sotto forma di resistenze [15, 19].

Infatti, dopo circa un anno di terapia, vi è stato un periodo in cui Claudia appariva sempre più insofferente nei miei confronti, esprimendo il suo malcontento per il fatto che non proponessi particolari spunti di riflessione rispetto ai contenuti da lei portati.

Questa insoddisfazione era presumibilmente dovuta al fatto che non fossi “catturato” dalle sue narrazioni, che mi apparivano come un lavoro prettamente cognitivo di natura difensiva. Inoltre non “l’avevo cambiata” come lei avrebbe voluto. Infatti, anche se avevamo lavorato molto sui suoi vissuti relativi alla relazione col ragazzo e lei era meno angosciata, continuava a stare male e soffrire, a sentirsi sola e insoddisfatta della propria vita, così come delle relazioni sociali in cui era coinvolta.

Nei momenti in cui si lamentava di me, nonostante l’ansia che provavo perché non riuscivo a darle ciò che voleva e il timore che per questo abbandonasse la terapia, la percepivo come meno costruita, più in sintonia con i suoi bisogni emotivi e più autentica: l’importanza dell’autenticità per il processo terapeutico è descritta molto bene da Giovanni Abbate Daga come una “meta a cui tendere” (1, p. 114) nel corso della psicoterapia ed è un aspetto fondamentale per l’integrazione e il benessere psicosomatico [13].

In effetti da un punto di vista psicoterapeutico già il fatto che Claudia si permettesse di esprimere questa insoddisfazione e questa rabbia nei miei confronti, culminata in un’effettiva minaccia di abbandonare le sedute adducendo motivazioni economiche, era un primo obiettivo psicoterapeutico che stavamo raggiungendo, in quanto questi “conflitti” con me e con la terapia esprimevano una graduale riattivazione di quell’aspirazione alla superiorità- perfezione rimossa e inibita dalla paziente nel primo periodo in cui ci siamo visti.

Ricordo, infatti, questo momento come molto intenso da un punto di vista emotivo sia per me che per lei, quando prima i nostri colloqui erano caratterizzati da un’estrema piattezza, determinata dalla sua abilità nell’utilizzare le sue doti cognitive e di ragionamento in maniera difensiva, alternata a momenti di pianto e pensieri depressivi quando emergeva la sua emotività.

Queste incomprensioni si sono poi risolte nel momento in cui ho espresso i miei dubbi circa l'interruzione della terapia, motivati dalla preoccupazione per il suo benessere perché, nonostante apparentemente stesse meglio rispetto ai mesi precedenti in quanto le crisi di pianto, i pensieri depressivi e le sintomatologie psicosomatiche erano diminuite, sapevo che in realtà lei non stava bene e che il suo bisogno di sistemare alcune cose dentro di sé era più profondo di quello che appariva o di come lei, per come era fatta, riusciva ad esprimere. In quel momento, dopo qualche istante di forte commozione di Claudia, evidentemente scossa dalle mie parole, erano emerse reminiscenze infantili di natura traumatica, legate alla trascuratezza genitoriale e all'impossibilità di esprimere emozioni nell'ambiente domestico.

Avendo in mente la gravidanza emotiva di quel colloquio ne riconosco l'importanza terapeutica, individuando per molti aspetti una vicinanza con quelli che Daniel Stern identifica come "Momenti ora" e "Momenti di incontro" [33] e il cui risultato viene descritto da Fassino come "un cambiamento nella relazione implicita di entrambi i membri...l'atto che cambia il contesto intersoggettivo della memoria relazionale implicita del paziente" (18, p. 57).

Quella fase, infatti, seppur non semplice per Claudia così come per me da un punto di vista terapeutico in quanto mi sentivo messo fortemente in discussione nelle mie capacità, ha però permesso un'evoluzione della nostra relazione e di conseguenza della psicoterapia. In quel momento avevo ascoltato la sua ambizione alla superiorità - perfezione frustrata, che esprimeva sotto forma di malcontento verso il mio operare, individuando in modo empatico la sofferenza che cercava di nascondere e offrendole una modalità relazionale più in linea con i suoi bisogni emotivi, aiutandola allo stesso tempo ad affrontare aspetti legati al suo mondo interno che tendeva a evitare e nascondere a sé stessa.

Ciò che implicitamente le offrivo in quel momento era di collaborare con me per arrivare insieme a individuare delle strategie utili al miglioramento della sua condizione. Questo senza arrabbiarmi o allontanarla, nonostante i ripetuti attacchi, cosa che i suoi genitori non avevano fatto nel corso della sua infanzia, costringendola a "scappare" dalle relazioni affettive, piuttosto che cercare in modo creativo una via comune di gestione delle complessità legate a queste così come di eventuali conflitti, in una direzione maggiormente collaborativa.

VIII. *Seconda fase della psicoterapia*

Nel secondo periodo, che indicativamente può essere collocato temporalmente da un anno e mezzo fino a tre anni di terapia con Claudia, è stata possibile una graduale rielaborazione [30] delle sue spinte emotive aventi a che fare, in termini adleriani, con l'ambizione alla superiorità - perfezione, che ha prodotto un evidente implemento del suo sentimento sociale.

In questa fase si può identificare il passaggio da un'alleanza di lavoro ad un'alleanza terapeutica, identificata da molti autori come un fattore comune fondamentale per il cambiamento psicoterapeutico [20, 30, 31], favorita da una maggiore apertura della paziente nei miei confronti.

Ci siamo, infatti, trovati ad elaborare contenuti arcaici relativi a paure molto intense di abbandono e forti vissuti di solitudine, così come timori relativi all'integrità psicofisica favoriti da pesanti sintomatologie psicosomatiche sperimentate da Claudia durante l'infanzia. Anche i sogni portati dalla paziente si sono fatti via via più densi di un contenuto emotivo che nel periodo precedente le era molto meno accessibile.

Accanto a scenari molto angosciosi e a tratti macabri (cadaveri, contesti apocalittici, navi alla deriva) che riportavano a una sensazione di mancanza di controllo sulle proprie emozioni e sulla propria vita, ne emergevano altri che mi facevano pensare alla componente aggressiva e all'ambizione alla superiorità - perfezione rimossa che la paziente stava gradualmente iniziando a sentire ed accettare come aspetto del suo vero sé [13].

Ad esempio in quel periodo Claudia sognava spesso di essere una superdonna, capitana di flotte navali o eroina con superpoteri di varia natura che si trovava a fronteggiare una serie di avversità. Le sue associazioni rimandavano spesso alla figura materna, vista come inarrivabile e inaccessibile, in contrasto con le sue fragilità che le impedivano di essere attiva e dinamica come avrebbe voluto e come si viveva nei sogni.

Quindi in quel momento è emerso un forte complesso di inferiorità [8, 28] rispetto ad un materno interiorizzato come emotivamente algido e dominante sul marito e sui figli su cui abbiamo lavorato insieme, favorendo nella paziente una maggiore accettazione delle proprie spinte aggressive e dell'ambizione alla superiorità- perfezione, rappresentata dal desiderio di somigliare un po' di più alla madre e meno al padre, succube e passivo rispetto al volere di questa.

Dal punto di vista del mio contro- atteggiamento [31] ricordo di come avessi iniziato ad essere a mia volta più attivo, utilizzando maggiormente interpretazioni e confrontazioni rispetto ai suoi malesseri attuali, passando da una modalità più supportiva ad una più intensiva [20, 21, 31], permessa dal maggiore coinvolgimento della paziente nella relazione con me e di sicurezza rispetto a questa.

In questo modo l'ho aiutata a riconoscere i legami tra le sue difficoltà di quel periodo e le esperienze infantili, che avevano determinato la tendenza all'evitamento dei conflitti e allo scarso coinvolgimento nelle relazioni, caratteristiche del suo stile di vita. In quel periodo Claudia ha iniziato a sentirsi più tranquilla e meno in colpa nell'essere più decisa e nell'esprimere i suoi bisogni, anche quando questi potevano causare potenziali conflitti, riuscendo a gestire meglio le sue emozioni e mettendosi

anche nei panni degli altri, differenziandosi in questo dal materno trascurante. Le sintomatologie psicosomatiche hanno iniziato a farsi più lievi e sopportabili in seguito ad un aumento della sua capacità di mentalizzazione [9] delle emozioni relative all'aspirazione alla superiorità - perfezione, così come ad una maggiore comprensione dei legami tra i conflitti odierni e il passato traumatico, come ad esempio la sua forte ansia interpersonale in risposta a situazioni potenzialmente conflittuali con persone per lei significative, che la portava a reprimere i suoi bisogni, mantenendola in uno stato di forte passività.

IX. Terza fase della psicoterapia

Nella terza fase della psicoterapia che dal terzo anno prosegue fino ad oggi c'è stato un forte cambiamento in Claudia, sia rispetto alla relazione con me che ai suoi compiti vitali [8].

Con me si è mostrata gradualmente sempre più aperta, in relazione e alle volte piuttosto decisa nell'esprimere i suoi bisogni, ad esempio in momenti in cui mi sentiva meno presente nei suoi confronti, facendomelo notare, senza tuttavia prendersela eccessivamente. In questa fase mi sono sentito sempre più tranquillo nel potere esprimere i miei pensieri e le mie associazioni rispetto a quelle che percepivo come sue modalità finzionali [25] e difensive, spingendola a soffermarsi sui suoi vissuti emotivi e riflettere sui suoi conflitti relazionali, presenti e passati.

Per quanto riguarda i suoi compiti vitali intorno al terzo anno di terapia è arrivata a lasciare il ragazzo, con cui si era resa conto di non essere effettivamente in una relazione reciproca, iniziando attivamente la ricerca di una persona più adatta a lei con cui mettere in campo un progetto di vita condiviso. In quel momento si è mostrata più trasgressiva e tranquilla nel cimentarsi in relazioni anche non particolarmente profonde e impegnate, andando contro i precetti materni legati all'essere sempre seria e pudica.

Anche nelle amicizie Claudia ha iniziato ad esprimere maggiormente i suoi bisogni e il disaccordo, ad esempio sulla pianificazione delle uscite, mostrandosi alle volte meno disponibile, ma allo stesso tempo più vera, cosa che ha anche favorito una scrematura tra le amiche, mantenendo quelle con cui ha tuttora un rapporto più intimo e reciproco.

Questo cambiamento di atteggiamento le ha causato, infatti, alcuni conflitti con amiche che, abituate alla sua disponibilità assoluta, si sono infastidite, ma Claudia, seppur con alcune ansie e necessitando dello spazio terapeutico come sostegno in quei momenti, è riuscita a tollerarli e gestirli in modo maturo. Anche in ambito lavorativo ha accettato, seppur con qualche dubbio legato al timore di invidie e per questo di essere esclusa da parte delle colleghe, un ruolo da responsabile del suo ufficio che porta avanti in modo egregio e che le ha permesso di avere anche un avanzamento di carriera.

Il rapporto coi suoi genitori, con cui è tornata a convivere dopo un periodo in cui era uscita di casa, nell’attesa che sia completata la ristrutturazione di un appartamento che ha acquistato, è ancora un po’ freddo, ma Claudia appare capire e accettare maggiormente le loro caratteristiche e limiti, così come i propri, collaborando in ambito domestico, ma esprimendo le proprie esigenze di maggiore indipendenza e libertà.

Nella relazione con me la paziente è ora in grado di accettare maggiormente le frustrazioni, dimostrandosi più attiva e partecipe rispetto al processo terapeutico. Un cambiamento dei miei interventi riguarda anche la possibilità di riflettere sugli altri, alle volte distaccandosi dal suo bisogno di concentrarsi su sé stessa, per cercare di individuarne le caratteristiche e le motivazioni, soprattutto quando queste contrastano con le sue.

In questo Claudia mi appare molto più capace e sicura. Non presenta più sintomatologie depressive, se non sporadici periodi di inquietudine e tristezza determinati da situazioni reali e oggettivamente non facili da gestire e anche le sintomatologie psicosomatiche sono pressoché sparite. Attualmente, rispetto alle fasi della psicoterapia, ci troviamo quindi in una fase finale, di collaudo dei cambiamenti relativi allo stile di vita della paziente, che la hanno portata ad un’evidente crescita psicologica e che richiederanno ancora un po’ di tempo per essere ben sedimentati.

X. Conclusione

Facendo insieme il punto su questi anni di psicoterapia, Claudia dice di sentirsi più sicura, di avere maggiore coraggio e ottimismo. Si sente più “stronza”, espressione che rappresenta bene l’influsso dei giudizi genitoriali che a tutt’oggi in parte rimangono, ma di sentirsi meno in colpa nel pensare ed esprimere emozioni come la rabbia o nel manifestare la propria opinione e i propri bisogni mostrando alle volte disaccordo, anche con persone a cui vuole bene e a cui tiene.

Da questa descrizione della paziente credo emerga come il recupero e la rielaborazione dell’aspirazione alla superiorità-perfezione abbia favorito un aumento del suo benessere psicologico collegato ad un implemento del sentimento sociale, di cui, in questo senso, può essere considerata una componente. Infatti ora Claudia ha meno timore ad entrare realmente in relazione con le altre persone, anche quando si trova in situazioni per lei emotivamente non semplici. Ancora oggi la paziente appare beneficiare dei colloqui terapeutici che in questa fase mirano a sedimentare le acquisizioni maturate nel corso della psicoterapia.

Un ambito di cui parliamo spesso in questo periodo riguarda la ricerca di un compagno che, nonostante alcune frequentazioni, non ha ancora trovato. Il suo modo di affrontare questo compito vitale, nonostante gli ostacoli e le frustrazioni, risulta più attivo e aperto alla collaborazione sia con me come terapeuta che con gli altri.

Si scoraggia meno e attinge al suo potenziale emotivo, fondamentale per lo sviluppo del suo sé creativo [17] che le permette di destreggiarsi con più facilità ed essere più flessibile rispetto alle inevitabili frustrazioni della vita. Credo che ciò rappresenti molto bene il suo cambiamento e il potenziamento del suo sentimento sociale favorito dal recupero dell'ambizione alla superiorità - perfezione, determinante per l'implemento del suo benessere psicologico.

Bibliografia

1. ABBATE DAGA, G. (2015), A proposito della relazione terapeutica, *Riv. Psicol. Indiv.*, 78: 107-121.
2. ADLER, A. (1908), Das Zartlichkeitsbedurfnis des Kindes, tr. it. Il bisogno di tenerezza del bambino, *Riv. Psicol. Indiv.*, 59: 5-9.
3. ADLER, A. (1908), Der Aggressionstrieb im Leben und in der Neurose, tr. it. La pulsione aggressiva nella vita e nella nevrosi, *Riv. Psicol. Indiv.*, 46: 1999: 5-14.
4. ADLER, A. (1920), Il sentimento d'inferiorità e sua compensazione, in ADLER, A. (1920), *Praxis und Theorie der Individualpsychologie*, tr. it. *Psicologia Individuale: Prassi e Teoria*, Newton Compton Editori, Roma 2006.
5. ADLER, A. (1927), *Menschenkenntnis*, tr. it. *La conoscenza dell'uomo nella psicologia individuale*, Newton Compton Editori, Roma 1994.
6. ADLER, A. (1930), Il primogenito detronizzato, in ADLER, A. (1930), *Die Seele des Schwererziehbaren Schulkindes*, tr. it. *Psicologia del bambino difficile*, Newton Compton Editori, Roma 1973.
7. ADLER, A. (1931), Il senso di inferiorità e superiorità, in ADLER, A. (1931), *What life should mean to you*, tr. it. *Cos'è la psicologia individuale*, Newton Compton Editori, Roma 1976.
8. ADLER, A. (1933), *Der Sinn Des Lebens*, tr. it. *Il Senso della vita*, Newton Compton Editori, Roma 1997.
9. ALLEN, J.G., FONAGY, P. (2006), *Mentalization – Based Treatment*, tr. it. *La mentalizzazione*, Psicopatologia e trattamento, Società editrice Il Mulino, Bologna 2008.
10. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (2013), *Desk reference to the Diagnostic Criteria from DSM-5*, tr. it. *Criteri Diagnostici. Mini DSM-5*, Raffaello Cortina Editore, Milano 2014.

11. ANSBACHER, H., ANSBACHER, R. (1956), *The Individual Psychology of Alfred Adler*, tr. it. *La Psicologia individuale di Alfred Adler*, Psycho - Martinelli, Firenze 1997.
12. ATTILI, G. (2007), *Attaccamento e costruzione evoluzionistica della mente*, Raffaello Cortina Editore, Milano.
13. BALDONI, F. (2010), *La prospettiva psicosomatica*, Società editrice Il Mulino, Bologna.
14. CANZANO, C. (2006), Aggressività e volontà di potenza. Ipotesi e confronti con la teoria di Antonio Damasio su emozioni e sentimenti, *Riv. Psicol. Indiv.*, 59: 57-68.
15. CASOLARI, F. (2019), La resistenza alla psicoterapia, una prospettiva relazionale, *Riv. Psicol. Indiv.*, 85: 91-105.
16. COPPI, P. (1998), Finzioni e contro-finzioni della relazione analitica individualpsicologica: osservazioni su un caso clinico, *Riv. Psicol. Indiv.*, 43: 31-40.
17. FASSINO, S. (1990), Le due istanze fondamentali nel processo analitico, *Ind. Psychol. Doss.*, 2: 45-60.
18. FASSINO, S. (2009), Empatia e strategie dell’incoraggiamento nel processo di cambiamento, *Riv. Psicol. Indiv.*, 66: 49-63.
19. FASSINO, S. (2014), La resistenza ai trattamenti nell’anoressia nervosa: la psicoterapia psicomotricità adleriana ha una specifica indicazione?, *Riv. Psicol. Indiv.*, 76: 31-70.
20. FASSINO, S. (2016), Il sentimento sociale del terapeuta ri-attiva quello del paziente, *Riv. Psicol. Indiv.*, 79: 27-43.
21. FERRERO, A. (2017), Processi ed esiti in psicoterapia: il ruolo della relazione terapeutica, *Riv. Psicol. Indiv.*, 82: 55-68.
22. FERRERO, A. (2022) Lo sviluppo del pensiero adleriano negli ultimi venti anni: alcuni contributi a livello internazionale, *Riv. Psicol. Indiv.*, 91: 31-48.
23. FERRIGNO, G. (2005), Il “piano di vita”, I processi selettivi dello “stile di vita” e la comunicazione intenzionale implicita della “coppia terapeutica creativa”: dalla “teoria” alla “clinica”, *Riv. Psicol. Indiv.*, 58: 59-97.
24. FERRIGNO, G. (2009), La risonanza emozionale e il “ritmo” dell’incoraggiamento, *Riv. Psicol. Indiv.*, 66: 81-91.
25. MASCETTI, A. (2010), Finzioni e stile di vita, *Riv. Psicol. Indiv.*, 68: 117-122.
26. PAGANI, P.L. (2003), Dal bisogno primordiale alle istanze differenziate: dal “senso sociale” al “sentimento sociale”, *Riv. Psicol. Indiv.*, 53: 25-29.
27. PAGANI, P. L. (2006), Dalla pulsione aggressiva al sentimento sociale: sulle tracce del pensiero di Adler, *Riv. Psicol. Indiv.*, 60: 5-36.
28. PARENTI, F. (1983), *La Psicologia Individuale dopo Adler*, Astrolabio, Roma.
29. ROVERA, G. G. (2009), Le strategie dell’incoraggiamento, *Riv. Psicol. Indiv.*, 66: 139-160.
30. ROVERA, G. G. (2014), Le alleanze terapeutiche in psicologia individuale, *Riv. Psicol. Indiv.*, 76: 3-30.
31. ROVERA, G. G. (2015), Lo Stile Terapeutico, *Riv. Psicol. Indiv.*, 78: 22-27.

32. SHORE, A. N. (2019), Applicazioni cliniche delle regressioni reciproche: lavorare con l'affetto rimosso in regressioni reciproche volontarie, in SHORE, A. N. (2019), *Right Brain Psychotherapy*, tr. it. *Psicoterapia con l'emisfero destro*, Raffaello Cortina Editore, Milano 2022.
33. STERN, D. (2004), *The Present Moment in Psychotherapy and Everyday Life*, tr. it. *Il Momento Presente, in psicoterapia e nella vita quotidiana*, Raffaello Cortina Editore, Milano 2005.
34. WINNICOTT, D. W. (1965), La distorsione dell'Io in rapporto al vero e al falso sé, in WINNICOTT, D. W. (1965), *The Maturation Process and the facilitating Environment. Studies in the Theory of Emotional Development*, tr. it. *Sviluppo affettivo e ambiente*, Armando Editore, Roma 2013.

Flavio Casolari
Via G. Leopardi 10
I-41043 Formigine (RE)
E-mail: flavio.casolari8@gmail.com