

L'interpretazione in psicodiagnostica e in psicoterapia secondo la metodologia adleriana

PIER LUIGI PAGANI

Summary – THE INTERPRETATION IN PSYCHODIAGNOSTICS AND IN PSYCHOTHERAPY ACCORDING TO THE ADLERIAN METHODOLOGY. The interpretative technique is the fundamental diagnostic instrument for every psychodynamic treatment. With reference to the model of Individual Psychology, the interpretation is, in the diagnostic field, the capacity of the operator to decode, with deep techniques, the hidden meanings of words and behaviours to understand the fundamental traits of personality and in therapeutic field, every communication which intends to reveal, by an adlerian interpretation, the consciousness of hidden or recondit meanings contained in speeches and attitudes, moreover it gives to the patient the reasons that have brought him to hide or camouflage the clear sense of matters. The presentation of some interpretative moments of a medical case will show the use of the two interpretative ways.

Keywords: INTERPRETATION, PSYCHODIAGNOSTIC, PSYCHOTHERAPY

I. L'interpretazione in psicoterapia dinamica

Nel 1896, Freud intraprende una rigorosa autoanalisi, che si conclude tre anni dopo, nel 1899, con la pubblicazione del suo più celebre volume *Die Traumdeutung (L'interpretazione dei sogni)* [8]. La comparsa sulla scena scientifica di tale opera, acclamata o contestata, ha, comunque, segnato la nascita di un nuovo modello di pensiero, la Psicoanalisi, progenitrice di tutte le dottrine di psicologia del profondo.

L'interpretazione, da quel momento, ha rivestito un'importanza essenziale nell'ambito della struttura teorica e della metodologia terapeutica di tutte le correnti di psicologia dinamica.

La filosofia della scienza aveva posto, però, in discussione, sin dalla sua comparsa, la scientificità della Psicoanalisi. Karl Popper, in particolare, aveva con risolutezza preso posizione per la non scientificità, definendo la nuova dottrina “una metafisica, non scienza”, in quanto priva della *verificabilità* e, ancor più, della *falsificabilità*, indispensabili a un sistema perché possa essere definito “scientifico” [21]. Secondo Popper, la falsificazione è l’unica norma che consenta di separare le proposizioni della scienza da quelle che non le appartengono, cosa che il principio neopositivista della sola verifica non riusciva a fare. Popper ha voluto dimostrare un’*asimmetria logica* fra verifica e falsificazione, in quanto, se è non è possibile verificare con rigore una legge scientifica, è possibile, al contrario, falsificarla, poiché è sicuramente possibile confutare una teoria, qualora ci si trovi di fronte anche ad un solo caso che contraddica il dettato della legge scientifica [23].

Proprio nei primi giorni di settembre di quest’anno è giunta la notizia della pubblicazione in Francia di un volume di oltre ottocento pagine, scritto a più mani da ben trentatré autori, al quale, parafrasando con sicuri intenti polemicici l’intestazione di un recente, famoso *pamphlet*, è stato attribuito il titolo di “*Libro nero della Psicoanalisi*” [10]. Il saggio si propone di sferrare un risolutivo attacco demolitore sia al contenuto sostanziale del pensiero di Freud, come del resto aveva già tentato di fare nel 1984 Jeffrey Moussaieff Masson con il suo volume “*Assalto alla verità*” [17], sia al presunto carattere scientifico della sua opera.

Se il principio epistemologico di Karl Popper esige che un sistema scientifico non possa essere scelto in via esclusiva «in senso positivo», ma che la sua forma logica sia tale da poter essere valutata «in senso negativo» per mezzo di controlli empirici [9], la Psicologia Individuale di Alfred Adler risulta essere, fra tutte le Scuole di psicologia del profondo, la più rispondente a tale criterio.

L’epistemologia contemporanea va, però, oltre e riconosce che «non esiste una verità scientifica assoluta e universale, ma una verità sempre relativa ai propri oggetti [...] rigore e legittimità scientifica possono essere riconosciuti alla psicologia del profondo se le diverse affermazioni sono unite tra di loro in modo da risultare un corpo di conoscenze coerentemente interrelate in una visione unitaria all’interno di un medesimo paradigma teorico in cui vi sia un controllo sui principi teorici e sull’uso degli strumenti specifici del metodo adottato» (7, pp. 52-53).

«Il modello neopositivistico di scienza, che si è rivelato appartenere in modo specifico alla matematica e alla fisica, ma non alle scienze umane in generale e alla psicologia del profondo in particolare, appare, da quanto detto, ormai inadeguato e superficiale. Il modello aperto, creativo, informale, prospetticamente orientato come quello proposto dall’epistemologia contemporanea sembra ade-

rire in modo perfetto ai presupposti teorico-clinici adleriani. L'assenza di schematismi precostituiti e l'apertura, invece, alla più ampia libertà d'esplorare in modo versatile ogni possibile ipotesi, in sintesi proprio ciò che qualcuno ha sempre rimproverato alla Psicologia Individuale, la rendono paradossalmente più adattabile, rispetto ad altri modelli più rigidi, a proiettarsi creativamente verso prospettive future» (*Ibid.*, p. 55).

Anche il concetto di interpretazione assume in Psicologia Individuale un significato che si distingue da quello delle altre Scuole consorelle di psicologia dinamica, per la sottile differenziazione che essa fa dell'idea di interpretare, a seconda dell'utilizzo di destinazione, ossia se l'interpretazione si riferisce alla psicodiagnostica o, invece, alla terapia. Nell'accezione più comune *interpretare* significa rendere chiaro e comprensibile ciò che è o sembra oscuro e incomprensibile. L'*interpretazione* diventa, di conseguenza, l'atto o il modo di interpretare.

Per la Psicoanalisi, come del resto per tutte le Scuole di psicologia del profondo, *l'interpretazione è la capacità di decodificare, attraverso tecniche approfondite di analisi, i significati latenti nei discorsi e nei comportamenti di un soggetto, ma anche ogni tipo di comunicazione con cui l'analista tende a far affiorare nel paziente la consapevolezza di tali significati.*

Con riferimento al modello psicodinamico, possiamo dunque intendere l'interpretazione come l'esplicitazione del senso occulto o latente nelle parole o nelle condotte di un individuo, ma anche la spiegazione fatta alla stessa persona di tale senso, occulto o latente, secondo le regole prescritte dalla strategia di Scuola.

In psicodiagnostica, interpretare vuol dire giungere ai significati reconditi contenuti negli argomenti e nelle spiegazioni offerti da un soggetto sottoposto a indagine specifica, per mezzo di una tecnica studiata a fondo e verificata nella sua efficacia, giovandosi anche, se necessario, di reattivi il cui coefficiente di validità dei risultati sia garantito dalla loro utilizzazione nel tempo.

In terapia, invece, interpretare vuole dire esplicitare a una persona i significati latenti od occulti racchiusi nei suoi discorsi, nei suoi comportamenti o nei suoi atteggiamenti, ma anche e soprattutto significa avere la capacità di comunicare, secondo le norme indicate dalla strategia "terapeutica" di Scuola, alla stessa persona, facendola partecipe, i significati reconditi o i contenuti criptici racchiusi nelle sue parole, nei suoi atti e nelle sue condotte. Sintetizzando, interpretare, in terapia, vuol dire smascherare, decodificare e svelare i contenuti del "linguaggio dell'inconscio".

II. *L'interpretazione nella psicodiagnostica adleriana*

Il trattamento psicoterapeutico adleriano può essere schematicamente suddiviso in tre tempi [5]. Nella prima fase, l'obiettivo principale dello psicoterapeuta è quello di comprendere il paziente e i suoi problemi. Il soggetto espone la propria anamnesi e comunica le proprie difficoltà; nel frattempo, l'operatore raccoglie i dati sulla sua costellazione familiare e sui primi ricordi d'infanzia. Se occorre, l'indagine può essere completata mediante la somministrazione di alcuni test proiettivi. Lo psicoterapeuta, a questo punto, sarà in possesso di molti elementi che gli torneranno utili per interpretare i tratti fondamentali della personalità del suo paziente, ma si guarderà bene dal comunicargli le sue deduzioni. Il soggetto dovrà arrivare da solo a cogliere la struttura del proprio stile di vita. Comunque, ciò avverrà più tardi, solo in un secondo tempo, quando egli sarà pronto ad esplorare, attraverso l'esame degli insuccessi e delle sconfitte, che hanno contrassegnato il percorso della sua esistenza, le condotte negative conseguenti al suo comportamento nevrotico.

Nella seconda fase, sicuramente la più lunga di tutto il percorso terapeutico e d'importanza essenziale per l'economia del trattamento finalizzato all'acquisizione dell'*insight*, lo psicoterapeuta si asterrà dal fornire indicazioni su quanto intuito della personalità del paziente, ma nello stesso tempo farà in modo che lo stesso prenda consapevolezza del carattere fittizio della meta che ha indirizzato sino ad allora il suo stile di vita e delle contraddizioni fra la propria realtà dell'essere e la capacità di rapportarsi al mondo.

Nella terza e ultima fase, il paziente, che ha ormai acquisito una chiara e obiettiva immagine di sé, dovrà decidere se modificare la propria meta e, di conseguenza, il proprio stile di vita. Se è disponibile al cambiamento, il terapeuta dovrà proporsi come un discreto compagno di viaggio per aiutarlo a riadattarsi alla realtà appena scoperta. Qualche tempo fa avevo attribuito allo psicoterapeuta la metafora dello "sherpa tibetano": esperto dei luoghi, lo sherpa accompagna e aiuta l'esploratore nel lungo viaggio verso la meta, ma non è lui a scegliere la destinazione. Qui mi occuperò in modo specifico della prima fase della psicoterapia, dedicata, appunto, alla psicodiagnostica.

II. 1. *Il setting*

Innanzitutto è importante considerare il tipo di *setting* prescelto dalla Scuola di Psicologia Individuale: la posizione *vis à vis*. È ormai scomparsa, in quasi tutti gli indirizzi di pensiero, la figura convenzionale dello psicoanalista tradizionale, dotato di potere straordinario, iniziato e depersonalizzato, armato di taccuino e di matita, seduto dietro un divano su cui è disteso il povero paziente. Ricorda

Francesco Parenti a tale proposito: «Non visto e in posizione di superiorità, egli ha il vantaggio autodifensivo di non esporsi, garantendosi un ruolo teorico senza correre il rischio di incrinarlo con la sua semantica individuale» (15, p. 112).

Ben diversa è la posizione dell'operatore adleriano: seduto di fronte o di fianco al soggetto, nella condizione di essere costantemente osservato e controllato, egli deve esercitare su di sé un attento autocontrollo per raggiungere con il paziente una comunicazione il più possibile naturale, aperta e disinibita, come richiede il modello di psicologia relazionale nel cui ambito esercita.

Proprio per questo motivo, l'approccio con il paziente previsto dalla Scuola adleriana si differenzia immediatamente da quello prescelto dalla tecnica psicoanalitica, che non richiede al soggetto l'esposizione di un'autobiografia descritta sul piano consapevole, ma si limita a indagare, per mezzo di libere associazioni, i contenuti conflittuali dell'*Es*, coperti da simboli.

II. 2. *Il primo contatto e i primi colloqui*

Il primo compito dello psicoterapeuta adleriano sarà quello di valutare soggettivamente le impressioni derivate dal primo contatto con il futuro paziente e, in seguito, analizzare con cura i dati che via via emergeranno nel corso dei colloqui preliminari, a partire dalla "motivazione d'accesso" prospettata dal soggetto e dalla narrazione della sua *situazione attuale* nell'ambito della vita di relazione: *i tre compiti vitali*. È già in questa fase che il terapeuta è chiamato ad attuare quell'operazione, che a suo tempo ho definito come raccolta dell'"anamnesi psicopatologica mascherata" [12]. Per mezzo di tale tecnica, possono essere messi in evidenza i primi segni di una patologia maggiore. In questo caso, però, si tratta solo di un atto clinico, più che di un impegno interpretativo.

II. 3. *La raccolta dei dati sulla "costellazione familiare"*

L'orientamento ambientalista che caratterizza la Psicologia Individuale fa sì che nella psicodiagnosi adleriana assuma un'importanza basilare lo studio della piccola e primaria cerchia sociale con cui il soggetto, dalla nascita in poi, si è relazionato: la famiglia d'origine. Nell'interpretare i dati forniti dal paziente, è però indispensabile tener presente che egli ci presenta la *sua* realtà, filtrata dalla valutazione soggettiva delle proprie esperienze emotive, ma anche deformata dalle emozioni scaturite proprio nel *setting*. Appunto in base a tali considerazioni, lo psicoterapeuta dovrà interpretare il materiale raccolto, valutando la precedenza assegnata a una piuttosto che a un'altra delle figure del nucleo familiare, le eventuali variazioni del registro linguistico usato nel descriverle, le incertezze, le con-

traddizioni e le ambivalenze contenute nell'esposizione, rifiutando «ogni interpretazione semplificata e codificata da regole» (15, p. 104).

L'operatore, affidandosi unicamente alla propria intuizione, dovrà formulare delle ipotesi, senza mai innamorarsi di una di esse in particolare, ma ammettendole solo dopo averne ottenuta conferma, e deve essere, comunque, sempre disponibile a sconfessarle o a modificarle, se necessario, anche nel corso del trattamento.

II. 4. *L'esplorazione dei "primi ricordi d'infanzia"*

Per ottenere ulteriori informazioni utili alla ricostruzione dello stile di vita del paziente, è indispensabile procedere successivamente all'*esplorazione dei primi ricordi d'infanzia*, tecnica che, se usata correttamente, assume tutte le caratteristiche di un vero e proprio test proiettivo. Adler definisce i primi ricordi infantili i «prototipi dello stile di vita», in quanto essi manifestano, oltre alle finalità primarie dell'individuo, anche le sue finalità attuali e future.

La Psicologia Individuale si differenzia dalla Psicoanalisi anche in questo ambito: se la Psicoanalisi valuta i ricordi d'infanzia unicamente come *ricordi di copertura*, capaci, cioè, di *fare da schermo* ai contenuti inconsci repressi di natura sessuale, la Psicologia Individuale, viceversa, attribuisce ai ricordi coscienti infantili la proprietà di *svelare* i tratti essenziali della personalità dell'individuo.

Tale impostazione chiama direttamente in causa la *memoria*. In psicologia, la memoria è intesa come la capacità di rievocare un'immagine, una sensazione o un'impressione del passato e di riconoscerla. Si potrebbe quindi dire che la memoria non è altro che l'insieme di quei fenomeni che si fondano sulla cinetica dei ricordi; non il luogo dove semplicemente ristagnano impressioni e sensazioni [13]. Le impressioni e le sensazioni custodite nella memoria sono il frutto dell'elaborazione soggettiva che ciascun individuo ha fatto degli eventi vissuti. L'assioma dell'unicità e dell'irreperibilità della psiche umana, costantemente in vigore anche nell'attuazione dell'analisi dei fatti, fa sì che le interpretazioni di un soggetto si differenzino anche notevolmente da quelle degli altri individui.

Adler ha ravvisato nella memoria una funzione «cannibalica», in grado di «divorare» e di «digerire le impressioni» (2, p. 154). Però, non tutte le impressioni incamerate dalla memoria sono conservate ed elaborate allo stesso modo; il grande selezionatore del materiale divorato è lo stile di vita: ciò che gli risulta conveniente è accolto, mentre ciò che si rivela incompatibile è respinto e cancellato o solo in minima parte accantonato e conservato, per essere riproposto e riutilizzato, in caso di necessità, come esempio o come monito.

È proprio su questa concezione di memoria che la Psicologia Individuale ha impostato la propria dottrina dei ricordi primari d'infanzia. Ogni ricordo, frutto di un evento accolto, è l'esito di un'impressione vagliata dallo stile di vita e ritenuta meritevole di essere conservata. Talvolta, però, l'impressione si può ridurre a un semplice stato d'animo, e ciò si manifesta particolarmente quando risulta difficile, se non impossibile, evocare dei ricordi che in realtà si esprimono solo attraverso lievi e sfumate sensazioni emotive.

Poiché si è ormai acquisita da tempo la certezza che ogni essere umano ha in sé la facoltà di conservare l'aderenza al reale per mezzo di una relazione fisica e spirituale con il mondo che lo circonda, la Psicologia Individuale è giunta alla conclusione di come sia affascinante cercare e utilizzare i ricordi di un soggetto per interpretarli come elementi significativi del suo stile di vita.

Come si avrà modo di osservare più avanti anche i sogni, analogamente ai ricordi, coinvolgono la memoria. Come nel cesto del trovarobe di un teatro, l'apparato psichico dell'individuo va alla ricerca, nella memoria, delle impressioni custodite, per mettere a punto i significanti necessari a comporre le allegorie destinate a occultare il contenuto simbolico del ricordo (o del sogno). Con il processo associativo sarà possibile, ripercorrendo a ritroso la strada del tempo, decodificare simboli e allegorie per rinvenire le impressioni a suo tempo digerite dallo stile di vita.

La decodificazione dei primi ricordi utilizza, infatti, lo stesso *modello analogico-intuitivo* suggerito da Alfred Adler anche per l'interpretazione dei sogni. Tale metodologia valuta la struttura di un ricordo alla stregua di una *struttura allegorica*, così come allegorico è considerato, sempre da Adler, il contenuto del sogno. Tanto la narrazione del ricordo, quanto il linguaggio onirico, non essendo in grado di esprimersi attraverso concetti, si codificano in metafore e in allegorie capaci di procurare la copertura simbolica ai contenuti emotivi o conflittuali. Sarà compito dell'operatore provvedere all'interpretazione e alla comprensione dei simboli che trattengono sotto il livello di consapevolezza le finalità intime e irrefutabili del paziente.

Ma che cos'è il *modello analogico-intuitivo*? Si tratta di un procedimento che, muovendo dall'osservazione e dalla diretta esperienza e, quindi, dalla conoscenza di elementi noti, fa supporre nel concetto preso in considerazione l'esistenza di significati simili. Questo criterio tornerà utile per aggiungere ulteriori connetture e per formulare ipotesi supplementari a quelle già ricavate dai primi colloqui e dalla raccolta dei dati sulla costellazione familiare.

È bene, ad ogni modo, ribadire che, per il momento, si tratta solo di supposizioni rigorosamente riservate al terapeuta, che dovrà ottenerne conferma in altri ele-

menti acquisiti nel corso del trattamento, a garanzia che l'*insight* del paziente risponda, poi, a dati concreti.

II. 5. *La somministrazione complementare di test proiettivi*

L'inserimento nel corso della psicodiagnosi di alcuni reattivi mentali di tipo proiettivo può aggiungere utili elementi alla raccolta dei dati necessari per la definizione di uno stile di vita. I test consigliati dalla nostra Scuola sono il *Reattivo di Rorschach* e il *Thematic Apperception Test (T.A.T.)* di Murray.

Il reattivo di Rorschach, come abbiamo fatto osservare Francesco Parenti ed io nel nostro manuale sull'argomento [16], è sicuramente ancora oggi il test più valido per la psicodiagnosi della personalità e delle sue deviazioni, purché non lo si impieghi in modo esclusivista ed acritico, ma lo si inserisca in un'ampia valutazione di elementi anamnestiche, clinici, obiettivi ed intuitivi, tratti dai colloqui liberi e da altre eventuali prove.

Il reattivo di Rorschach, per la sua validità, richiede un'accurata preparazione e un lungo esercizio d'uso e deve essere impiegato solamente come strumento per chiarire, approfondire e completare i dati già acquisiti su di una persona, evitando di attribuire al test la capacità di fornire risultati matematicamente certi e neppure quella di arguire dalle risposte di un paziente, del quale si posseggono solo dei dati superficiali, elementi segreti del suo inconscio che, in un'analisi o una psicoterapia correttamente condotte, è possibile presumere solo dopo mesi, se non anni, di conoscenza approfondita e verificata.

«L'esame della dinamica comportamentale nel corso delle prove riveste sempre un indubbio valore complementare per la psicodiagnosi, e in certe situazioni può condizionare notevolmente l'interpretazione del caso. È importante tener presente che il soggetto si trova in una posizione particolarmente delicata e carica di emotività nel suo rapporto con l'esaminatore, in genere una persona a lui sconosciuta. Tale situazione si amplifica se il paziente è un bambino o un adolescente, poiché la scelta dell'esame psicodiagnostico non è mai effettuata spontaneamente, ma per lo più imposta dalla famiglia o da un'altra persona dotata d'autorità. Di qui le varie, possibili compensazioni di tipo difensivo, aggressivo, ma anche esibizionista» (16, pp. 82-83).

Premesso, dunque, che per la nostra Scuola le significazioni simboliche di profondità messe in evidenza dal test di Rorschach devono essere acquisite come un semplice valore aggiunto, del tutto complementare nei confronti della psicodiagnosi generica di personalità com'è solitamente intesa, la rilevazione e l'approfondimento delle tematiche conflittuali che hanno originato i contenuti simbolici

è affidata a un altro reattivo, appositamente studiato per tale scopo: il *Thematic Apperception Test (T.A.T.)* di Murray. Anche l'interpretazione di questo reattivo mentale richiede preparazione ed esperienza [14].

Il T.A.T., destinato appunto all'esplorazione della personalità profonda di un soggetto, consiste in una serie di tavole, raffiguranti situazioni alle quali partecipano uno o più personaggi di diversa età e sesso, ma che, conservando un significato ambiguo e incerto, sono in grado di stimolare svariate interpretazioni. All'esaminato è richiesto di elaborare con la fantasia una storia concernente la figura o le figure prese in considerazione, descrivendo l'attualità della scena, gli eventuali precedenti e la conclusione della vicenda. Il paziente, in modo più o meno consapevole, è portato a identificarsi con un protagonista della storia, proiettandovi le sue istanze e i suoi conflitti, consci e inconsci, ma anche i suoi vissuti in rapporto con l'ambiente evocato e con gli altri possibili personaggi presenti nella figura. L'attenta valutazione degli avvenimenti raccontati, l'interpretazione dei ruoli assegnati al protagonista e agli altri personaggi, i loro sentimenti, le loro scelte, il decorso e la conclusione della storia, offrono la possibilità di conoscere le dinamiche nascoste della persona esaminata e le modalità psicologiche con le quali reagisce nei confronti degli altri e del mondo.

Dal test tradizionalmente impiegato affiorano situazioni complessate o conflittuali, proposte segretamente dall'intera immagine o solo da alcuni suoi dettagli. Tenute valide tali acquisizioni, è possibile spingere l'indagine verso la ricerca di quelle *compensazioni* mediante le quali l'individuo in esame tenta di superare o aggirare le condizioni frustranti che saranno poi significate dall'analisi. L'assieme degli elementi tratti dalle varie tavole potrà consentire in molti casi il completamento del mosaico interpretativo dello stile di vita del paziente. Vengono così alla luce gli aspetti comportamentali, le idee, le opinioni, le emozioni, i sentimenti, la passionalità, le scelte individuali, che, lungo una particolare linea direttrice, porteranno il soggetto verso il suo fine ultimo, reale o inconsciamente fittizio, vero obiettivo del suo stile di vita.

III. *L'interpretazione adleriana del "linguaggio dell'inconscio"*

Prima di affrontare esplicitamente l'argomento del suo linguaggio, è indispensabile definire che cosa si intende per inconscio. Il termine "inconscio" indica genericamente l'ambito della mente (non del cervello, si badi bene) in cui si svolgono tutti quei processi che non sono avvertiti dalla coscienza e che, talora, sono persino in disaccordo o in contrasto con essa.

In netta discordanza con la Psicoanalisi freudiana, che ne ha una concezione topica, la psicologia adleriana ha una visione meno rigida dell'inconscio, proprio per-

ché inquadra i suoi dinamismi nell'ambito di una rappresentazione unitaria della psiche, in cui le comunicazioni fra conscio e inconscio risultano fluide e mai prevedibili. In coerenza con l'assioma del "finalismo causale", la Psicologia Individuale dà rilievo non solo alle cause, ma anche alle finalità delle attività inconsapevoli.

Un'altra differenza basilare fra la concezione freudiana e quella adleriana dell'inconscio sta nei suoi contenuti. Invece di occuparsi solo di desideri sessuali repressi o di espedienti autoconservativi, gli psicologi individuali vanno alla ricerca di più ampie articolazioni progettuali, in totale autonomia e con piena libertà di cogliere scopi segreti, anche di natura sessuale, piuttosto che mete dense d'aggressività occulta o, invece, motivazioni affettive nella loro più ampia gamma d'implicazioni.

III. 1. *Il simbolo*

Per le argomentazioni sopra indicate, la Psicologia Individuale non utilizza una chiave di lettura assoluta e standardizzata del linguaggio segreto del "simbolo", ma lo interpreta attraverso particolari processi, in relazione al vissuto dell'individuo, all'*imprinting* da lui ricevuto e al conseguente condizionamento culturale subito.

Francesco Parenti definisce il *simbolo* «un oggetto concreto che rappresenta un concetto astratto, allo scopo di enfatizzarne le implicazioni emotive e la forza espressiva» (15, p. 37). Si presume quindi il simbolo come composto da un oggetto concreto, identificabile, definito "significante", e da una parte enigmatica, metaforica o allegorica, indicata come "significato".

Per la Psicologia Individuale l'analisi dei simboli non è sorretta da una standardizzazione di comodo: il "simbolismo universale". Se tutte le Scuole a indirizzo socioculturale interpretano l'origine del simbolo, facendolo dipendere in modo diretto dalla matrice e dal mutare delle diverse culture, la Psicologia Individuale fa del simbolo qualcosa di ancor più "variabile", poiché lo considera come il prodotto di una costruzione *personalizzata*.

Il vissuto senza uguali di ciascun essere umano può, infatti, assegnare a determinate immagini o situazioni un suo *valore privato*, capace di distaccarsi in modo decisivo, anche allegorico quando occorre, dagli schemi della contingente "logica comune", cui ogni individuo fa in genere riferimento.

È proprio tenendo conto della "logica privata" e personale di ciascun individuo che la Psicologia Individuale imposta l'interpretazione del "linguaggio dell'in-

conscio”, vale a dire del gergo segreto usato per esprimere la complessità degli stati d'animo, i disagi, i turbamenti, i bisogni, i desideri, i progetti e quant'altro sia maturato nella psiche di un individuo, che non sia stato ancora in grado, o non abbia voluto, inconsapevolmente s'intende, tradurre in concetto.

Si è detto a proposito dell'interpretazione dei primi ricordi infantili che lo strumento d'uso per la decodificazione degli episodi narrati è il “metodo analogico-intuitivo”, ossia quel procedimento che, partendo dalla conoscenza di elementi noti, fa supporre nel concetto preso in esame significati analoghi a quelli già conosciuti. V'è, però, un secondo strumento di fondamentale importanza per l'interpretazione dei codici dell'inconscio, il “processo associativo”, cioè quell'atto psichico in grado di stabilire, senza alcun controllo cosciente o altra censura, nessi fra immagini e pensieri [12]. Tale tecnica è di vincolante rilevanza anche per gli psicoanalisti, in quanto ampiamente descritta da Freud nelle sue interpretazioni.

Entrambe le procedure appena riferite saranno gli strumenti di lavoro per tutte le interpretazioni della seconda fase del trattamento individualpsicologico, essenzialmente finalizzata all'acquisizione dell'*insight* da parte del paziente. È proprio in questo momento dell'*iter* terapeutico che l'operatore, pur astenendosi dal fornire indicazioni su quanto intuito della personalità del paziente, agirà in modo che il soggetto prenda consapevolezza del carattere fittizio della propria meta finale, che, sino a quel momento, ha però indirizzato lo stile di vita verso il disagio, la sofferenza e lo sconforto. In modo particolare, una speciale attenzione dovrà essere rivolta a decifrare il linguaggio criptico dell'inconscio celato nei sogni, nelle fantasie, nei sogni ad occhi aperti, nei lapsus, negli atti mancati, riferiti in seduta dal paziente.

III. 2. I sogni

Non si può assolutamente negare a Sigmund Freud il merito di avere formulato la prima teoria coerente e geniale sull'analisi psicodinamica dei sogni. Nella sua visione, il nucleo del sogno sarebbe il suo contenuto latente, diretto a soddisfare in forma allucinatoria un desiderio rimosso, perché inaccettabile sotto il profilo etico nello stato di veglia. Un macchinoso “lavoro onirico” trasformerebbe il contenuto latente nelle immagini effettivamente percepite durante il sonno e talora ricordate al risveglio.

La Psicoanalisi imposta la propria interpretazione del sogno, compiendo un cammino inverso rispetto a quello onirico, al fine di comprendere i suoi simboli di copertura e risalire così al suo contenuto latente, ossia il desiderio rimosso. La teoria impostata sulla soddisfazione dei desideri corrisponde in realtà solo a

una certa percentuale di dinamiche oniriche, ma la sua applicazione ai sogni angoscianti richiede ipotesi più complesse, fra cui quella di una svista o di un errore del lavoro onirico è forse la più probabile, ma non convince in tutti i casi, per l'intensità e la pregnanza del linguaggio distruttivo elaborato nel corso di quel tipo di sogni. La forza espressiva delle immagini, secondo la nostra impostazione, propone il terrore e la depressione come tematiche autentiche e non come artifici di copertura.

Oltre a ciò, sul piano dell'adattamento storico, i temi superegoici dell'ortodossia, ispirati a una *pruderie* o a un'affettata castigatezza sessuale, risultano oggi travolti dall'evoluzione del costume e, per di più, gran parte del problema morale ha lasciato il posto, nella cultura attuale, ad altri e non meno sofferti scontri interiori ed esteriori [18].

La dottrina onirica adleriana, viceversa, mette a punto alcune costanti fondamentali nella dinamica dei sogni, suscettibili di reggere alle variazioni socio-psicologiche. Innanzitutto, essa, in base alla propria impostazione teleologica, interpreta il sogno come una "dinamica di sondaggio del futuro", diretta sia ad aprire ipotesi di appagamento, sia ad accantonare ipotesi di rischio. Il sogno può, così, mettere in luce la puntigliosa ostinazione nel perseguimento di mete improduttive, ma, altrettanto, può mettere in moto l'incoraggiamento a procedere verso obiettivi corretti ed equilibrati, anche se contraddistinti da un'insufficiente dose di sicurezza. «Esistono parecchie coincidenze fra il modo freudiano e quello adleriano d'inquadrare il linguaggio onirico. Entrambe le correnti hanno avvertito che il flusso del pensiero nel sogno appare semplificato, assurdo, incoerente, ma può rivelare a un'indagine approfondita una sua logica molto fine; che a volte accende il banale e ipertrofizza il drammatico e altre volte copre con disincantata freddezza contenuti che dovrebbero trasudare emozioni; che si collega molto bene alla libertà e ai segreti dell'arte o a certi modi di comunicare dell'infanzia, assai vicini alla vitalità artistica del "naïf" non razionalizzato» (18, pp. 158-159).

Entrambe le Scuole ammettono l'uso dei simboli onirici, ma sono diverse, per l'una e per l'altra, le finalità dei medesimi. Se per la Psicoanalisi il *significante* copre il proibito pulsionale ed erotico, per la Psicologia Individuale il *significante* può far da barriera a ogni forma di illecito, a seconda della formazione culturale del sognatore, ma può anche contrastare immagini inferiorizzanti o rischiose, estese a ogni tema che possa produrre angoscia. Inoltre, per la teoria adleriana, i simboli, come si è già accennato, non sono universali, ma derivano imprevedibilmente tanto dalla cultura del momento, quanto dal vissuto individuale della persona. La loro decodificazione non è quindi sorretta da categorie prefigurate e perciò risulta più complessa e indaginosa.

Secondo Freud, il “lavoro onirico” costituisce la risultante dei meccanismi che, elaborando e trasformando i resti diurni, gli stimoli fisici e il pensiero danno corpo al contenuto manifesto del sogno, dietro il quale si cela il contenuto latente. Si tratta sicuramente di una grande scoperta nei confronti della quale sono debitrice tutte le successive ipotesi psicodinamiche sul sogno, anche quelle che, come l'adleriana, si differenziano notevolmente dalla visione psicoanalitica ortodossa. Le principali critiche alla dottrina freudiana sul sogno, avanzate dalla Scuola adleriana, sono le seguenti:

- Appare riduttiva l'ipotesi che il mascheramento delle immagini oniriche derivi solo da un conflitto etico-sessuale fra *Es* e *Superego*. Il lavoro onirico nasconde conflitti morali su tematiche soggette a continue variazioni in rapporto al rinnovarsi delle culture; contenuti che esprimono in modo troppo crudo l'inferiorità e l'insicurezza dell'individuo; fattori di rischio di ogni altro genere, la cui segnalazione suggerisce l'abbandono di un progetto, ma non può essere espressa direttamente, sempre per non generare un eccesso d'angoscia.

- I simboli di cui si vale il lavoro onirico non sono universali e prevalentemente centrati sul sesso, ma sono tratti dalla cultura contingente e, in parte notevole, anche dal vissuto personale del soggetto, che può assegnare a un'immagine una carica emotiva molto diversa da quella attribuitale di solito dal suo ambiente.

- Non è sostenibile neppure la tesi che il lavoro onirico presenti una congerie di elementi banali, fra i quali si nasconde un solo e poco avvertibile significato latente, acriticamente riferibile a un desiderio libidico rimosso. Per la Scuola adleriana tutte le immagini del sogno contribuiscono quasi sempre a tracciare una linea direttrice unica indirizzata verso una meta segreta; solo poche volte sono avvertibili, nel linguaggio onirico, diverse direttrici complementari, ambivalenti o addirittura opposte*.

In sintesi, secondo l'ermeneutica finalistica adleriana, il sogno, costituisce «*un ponte gettato dall'individuo che sogna verso il suo futuro, al fine di sperimentare una scelta effettuata o di collaudare preventivamente un progetto del suo “piano di vita” non ancora ben definito*». Ma il linguaggio onirico è in grado di esprimersi solo per “immagini mentali” [6].

Per questa ragione, il sogno si manifesta attraverso metafore e allegorie, che fungono da *significanti simbolici* dietro i quali si possono ritrovare assemblati

*Per un maggiore approfondimento di quanto detto sui meccanismi del lavoro onirico secondo la Psicoanalisi, si confrontino, su PARENTI, F., PAGANI, P. L. (1984), *Dizionario alternativo di Psicoanalisi*, Quaderni della Rivista di Psicologia Individuale, Milano, le voci: «*Condensazione*», «*Proiezione*» e «*Spostamento d'accento*».

anche più *significati concreti*. Sarà preciso compito dello psicoterapeuta decodificare immagini, simboli, metafore e allegorie, ritraducendoli in concetti verbalizzabili, cioè espressi mediante parole. Per tali motivi, l'interpretazione dei sogni, secondo la Psicologia Individuale, si differenzia da quella del modello psicoanalitico, essenzialmente per due presupposti: il rifiuto di attribuire ai simboli un valore prefigurato e costante e la chiave di lettura finalistica del contenuto onirico.

III. 3. *Le fantasie e i sogni ad occhi aperti*

Herbert Schaffer, intuendo l'importanza che hanno le fantasie per l'analisi e per la psicoterapia, le ha studiate a fondo. «In tutti gli individui – afferma – la facoltà immaginativa svolge attività psicologicamente essenziali, costruendo prospettive di schemi di vita futuri, generando [...] sogni ad occhi aperti, dipanati ai limiti della coscienza durante il giorno. Nei soggetti più dotati, l'immaginazione giunge al traguardo elevato della creazione artistica» [22].

Chi sta costruendo la trama di una fantasia si trova in una situazione molto diversa rispetto a quella del lavoro onirico: l'attività cosciente rimane quasi sempre interamente vigile e, sebbene la produzione immaginativa non lavori sul reale, il *fine ultimo* non subisce modifiche.

Nel corso del trattamento, il metodo della stimolazione fantastica, in modo particolare quando ristagna la produzione onirica, risulta di grande utilità per il trattamento. Le tecniche, abitualmente suggerite per attivare efficacemente l'immaginazione, sono due. La prima consiste nell'invitare il soggetto a improvvisare una storia interamente fantastica senza alcun riferimento personale, la seconda si basa sulla richiesta, fatta al paziente, di una narrazione, tutta da costruire, partendo da un'idea stimolo suggerita dall'operatore. L'utilizzo dei metodi sopra descritti ha lo scopo di sbloccare, per mezzo della proiettività a contenuto simbolico, le identificazioni, senza che il fluire del pensiero sia disturbato da difese protettive o da schermi mascheranti.

Come per i sogni notturni, esistono parecchie analogie fra l'interpretazione dei sogni diurni e delle fantasie, da parte di Freud e di Adler. Per entrambi, i sogni a occhi aperti e le fantasie sfrutterebbero un certo allentamento della censura, pur avvalendosi di un'elaborazione in prevalenza cosciente e controllata. I loro contenuti possono essere considerati, infatti, proprio come illusioni fantastiche, a volte del tutto coscienti e a volte permeate di elementi inconsci. Rimane, però, fra Adler e Freud la differenziazione, già posta in rilievo a proposito dei sogni veri e propri, delle finalità. Il fondatore della Psicoanalisi chiama in causa anche qui la realizzazione di desideri rimossi come scopo preminente.

In chiave adleriana, viceversa, i contenuti dei sogni a occhi aperti e delle fantasie devono essere interpretati in prevalenza come compensazioni di un sentimento d'inferiorità e d'insicurezza. Talora, i sogni diurni possono prendere corpo anche per realizzare un desiderio, con un'incidenza maggiore rispetto ai sogni notturni, ma di solito si sviluppano per esasperare la protesta del soggetto verso l'ambiente, per esprimere la sua sofferenza, oppure per scoraggiare, per autodifesa, la programmazione di un progetto anche nei sogni ad occhi aperti e nelle fantasie allo stesso modo dei sogni propriamente detti, ma immaginato in precedenza. Il linguaggio simbolico è impiegato in modo più controllato, «poiché minori sono [nel sogno notturno] le esigenze autodifensive» (15, p. 44).

Per quanto riguarda, infine, l'allentamento della censura, segnalato sia dalla Psicoanalisi che dalla Psicologia Individuale, tanto per i sogni notturni quanto per i sogni diurni e per le fantasie, è importante rilevare che nel sogno notturno l'abbandono del controllo è inquadrabile in una variazione fisiologica dello stato di coscienza, che consente in maggior misura l'affiorare di dinamismi inconsci. Nel sogno diurno e nelle fantasie, per contro, l'autocontrollo è accantonato con una decisione consapevole, resa possibile dalla libera scelta di produrre pensieri, concetti e rappresentazioni, senza la preoccupazione di probabili fattori di rischio. Così, tanto l'appagamento, quanto la protesta autolesiva possono esasperarsi senza scatenare livelli d'ansia troppo elevati.

III. 4. *I lapsus e gli atti mancati*

Per Freud, anche l'uomo sano può esprimere i suoi desideri rimossi compiendo, senza un'intenzione cosciente, errori o sostituzioni di parole o dimenticanze nel parlare e nello scrivere («lapsus linguae», «lapsus calami»). È indubbia la genialità dell'intuizione di Freud, ma la Scuola adleriana ne allarga la portata, in modo particolare per quanto riguarda i contenuti, aggiungendo, all'ipotesi psicoanalitica dei desideri proibiti, quella delle difese contro i rischi o le umiliazioni, come pure quella delle espressioni aggressive mascherate.

Freud ha sostenuto, inoltre, che alcune azioni comuni della vita quotidiana sono frenate nel raggiungimento del loro scopo o alterate da interferenze, delineando un compromesso fra l'intenzione cosciente dell'individuo e i suoi desideri rimossi. Si tratta dei così detti «*atti mancati*».

Le dimenticanze e gli errori comportamentali di questo genere, lapsus e atti mancati, pur apparendo dovuti a distrazione, appagherebbero in modo latente le spinte pulsionali dell'*Es*, in contrasto con le dissuasioni moderatrici del *Superego*. In linea generale si può ritenere ammissibile questa modalità di espressione corrente e segreta dei dinamismi inconsci, pur avanzando qualche

critica per quanto riguarda i loro contenuti, la loro frequenza e la loro sede. Ad esempio:

- la finalità dell'atto mancato non è sempre l'espressione di un'esigenza libidica frenata dalla morale, ma può riguardare diverse trasgressioni etiche, ad esempio di natura aggressiva, censure di manifestazioni che sottolineerebbero un'inferiorità, inibizioni di modalità comportamentali dense di rischio e quindi in contrasto con la sicurezza;
- l'interpretazione del comportamento in questa chiave deve essere estremamente prudente, per non inquadrare tutta l'esistenza paradossalmente nel contesto di un'ambiguità ossessiva e senza trascurare la distrazione come tratto di base dello stile di vita, dotato di un significato globale finalistico e non settoriale;
- il rilievo costante di atti mancati (o di lapsus) nel paziente durante le sedute di analisi o di psicoterapia può esprimere un desiderio di potenza dell'analista e indurre nell'analizzato gravi frustrazioni e fughe autoprotettive dal trattamento. È dunque opportuno tenere sempre presenti i pericoli di un'interpretazione troppo esasperata per eccesso [18].

IV. *Momenti interpretativi di un caso*

Il caso che sto per presentare fa parte della mia casistica ed è datato seconda metà degli anni ottanta. Si tratta di una giovane signora di quarant'anni. Si chiama Marinella; è di media statura, molto graziosa, di costituzione armonica, anche se incline al magro, capelli biondi molto curati, veste prevalentemente in *casual*, per così dire, "elegante", dimostra un'età inferiore a quella effettiva. È sposata da vent'anni ed è madre di due gemelli, maschi, di diciotto.

Conosco il soggetto da qualche anno per motivi professionali, che non riguardano, però, la mia attività di analista, ma quella di medico convenzionato con l'ente previdenziale privato, cui fa riferimento l'azienda di suo marito. Essenzialmente, le mie prestazioni si limitano a qualche breve scambio di idee sulle sue condizioni di salute e alla ripetizione di ricette riguardanti farmaci, prescritti da uno psichiatra dello stesso ente, che l'ha in cura per una depressione diagnosticata alcuni anni prima; si tratta prevalentemente di *Laroxyl*, amitriptilina, di *Tript-OH*, oxitriptano, entrambi psicoanalettici e del *Tavor*, lorazepam, noto ansiolitico.

La signora, a conoscenza della mia professione di analista, mi aveva richiesto più volte di prenderla in analisi, ma io avevo sempre dovuto rifiutare, a causa dell'incompatibilità fra tale mia attività e il contratto stipulato con il suo ente assistenziale, che non prevedeva l'analisi fra i compiti convenzionali, fino a che, un giorno, non essendo più vincolato dagli obblighi contrattuali, scaduti da poco tempo, accondiscesi alla sua ennesima richiesta.

Stabilimmo subito l'“*accordo analitico*”, con tutti gli impegni reciproci, riguardanti la cadenza delle sedute, l'orario, la puntualità, la schiettezza nella comunicazione di fatti e di vicende, la garanzia di riservatezza, l'ammontare dell'onorario e tutto ciò che è abitualmente previsto in tale fase preliminare del trattamento. Fissammo di rivederci un paio di giorni dopo per il primo appuntamento.

IV. 1. *Il primo colloquio*

Mi aveva sempre incuriosito la facilità di parola della paziente, la correttezza dei termini usati nell'espone il suo disagio, al punto che mi ero chiesto quale livello di studi avesse raggiunto, se fosse laureata, ma in quale disciplina, lettere, psicologia?

Domandare quale fosse la motivazione d'accesso all'analisi era pleonastico, visto il notevole numero di farmaci antidepressivi che avevo prescritto fino a quel momento alla paziente. Fu lei stessa a introdurre l'argomento, presentandomi sei fogli di quaderno, scritti davanti e dietro e numerati in alto, con la descrizione anamnestica del suo disagio, redatta, in modo frettoloso e di getto, a matita. Ecco qualche brano estratto dal suo scritto.

«Ho già sperimentato una psicoterapia, alcuni anni fa, nel 1982; si trattava di un'analisi di gruppo condotta dal Dottor Sergio Z. Il problema che ne emerse fu che non accettavo il grado di studi da me conseguito, la quinta elementare, e non avevo il coraggio di comunicare la cosa a Mario, mio marito. Fui consigliata di metterlo al corrente della situazione, ma io tergiversai, finché, dopo quattro mesi, abbandonai la terapia di gruppo.

I sintomi che non mi abbandonano danno fastidio (notare il lapsus nella correzione) sono sempre gli stessi:

- difficoltà di accettare la trascuratezza di mio marito nei confronti della mia persona: mai complimenti, scarsità di dialogo, motivata dalla sua cronica stanchezza a causa del lavoro;

- rinuncia, sempre per lo stesso motivo dei rapporti sociali, di cui io sento un estremo bisogno;

- monotonia!! Adattamento alla routine quotidiana (rinvio di tutte le cose alla fine della settimana, al sabato). Anche la sessualità è rimandata al fine settimana, abitudinaria, senza fantasia, si fa perché si deve fare, monotona. Rapporti molto veloci, senza preliminari, vissuti da parte mia con scarsa partecipazione, non rivelata per timore di inibirlo ulteriormente.

Tutto ciò mi procura un'amarezza, una malinconia di fondo, che cerco di sopperire impegnandomi fuori casa con il lavoro, la ginnastica, i contatti sociali. Ma

tutto ciò è relativo e nasconde solo in parte il mio problema, che è sempre lo stesso: mi sento sola, trascurata, non sono serena!

Sono sensazioni terribili e mi sto convincendo sempre di più che la mia situazione è dovuta solo al rapporto con Mario. Non posso, però, fargliene una colpa: è evidente che io non sono come lui; lui è un tipo tranquillo, casalingo, onesto e fedele, ormai abituato al tran tran domestico.

Le circostanze fastidiose, che mi hanno sicuramente condizionato, anche se forse possono sembrare soltanto delle banalità, sono queste:

- televisione in camera per conciliare il sonno; io invece vorrei leggere, ma ciò non è possibile, perché il fruscio delle pagine che via via scorro, non gli permetterebbe di prendere sonno e, poi, il fastidio per la luce accesa...

- far tutto in fretta al suo rientro, la sera: cenare subito, perché lui possa coricarsi presto e recuperare le forze;

- ma io devo anche occuparmi dei ragazzi, prendermi cura della loro crescita, aiutarli a fare i compiti, specialmente Gianni, che è molto debole in italiano, vorrei che prendesse delle lezioni private, ma anche in questo caso non ottengo nessun aiuto da mio marito. Lui sostiene che sapersi esprimere, o meglio, far bene i temi è una dote innata che un individuo ha o non ha. Io, certamente, non sono dello stesso parere. Gianni ha problemi di italiano a causa delle medie fatte male, poi, nel liceo artistico, l'italiano è poco presente: di qui la sua difficoltà a svolgere i temi. Quest'anno c'è la maturità! [...]

- Sono aggressiva e ciò mi spaventa, perché me la prendo anche con chi non c'entra, i ragazzi, ad esempio.

- Tendo ad appartarmi e a piangere; mi chiudo nei miei pensieri ossessivi; sono incapace di concentrarmi su quello che vorrei; non riesco a memorizzare. A volte sono disperata!!! [...]

Dopo tre anni, riprovo la terapia analitica con la Dottoressa G., psicologa clinica, oltre alla solita terapia: 3 compresse di Laroxyl 25 milligrammi, tre volte al giorno, 2 compresse di Tript-OH, 2 compresse di Tavor, una alla mattina e una alla sera. Ma i sintomi sono sempre gli stessi: inibizioni del corso del pensiero (leggo o ascolto qualcosa, ma non riesco a memorizzare), disagio fisico e psicofisico. [...]

L'anno seguente ho il timore di ricadere nella depressione acuta, che mi fa pensare a cose orribili. Chiedo una visita al Professor P., che si stupisce per il protrarsi del mio disturbo per tanti anni. Alla fine formula la seguente diagnosi: "Personalità tragica, emotivamente eccessiva, con manifestazioni drammatiche". Disapprova il continuo cambiamento di specialisti e mi consiglia di rivolgermi a un bravo psichiatra o a un analista per risolvere una volta per tutte, con un rapporto continuo e duraturo nel tempo, il mio disturbo. [...]

Ho deciso di parlare con mio marito del problema sessuale. Grande comprensione da parte sua e notevole impegno a migliorare la nostra intesa. Soddisfazione reciproca e recupero da parte mia sia dal punto di vista fisico che psicologico.

Ho anche iniziato un nuovo lavoro, che se mi soddisfa da un lato, dall'altro non mi gratifica completamente (il lavoro cui si riferisce la paziente è quello di tele-venditrice nel campo "vita" per una compagnia d'assicurazioni).

Ho notato un esito positivo dal nuovo trattamento farmacologico (lo psichiatra che ha preso di recente in cura la paziente ha vistosamente ridotto la terapia a una sola compressa di Laroxyl al giorno e a una compressa di Tript-OH a giorni alterni) [...]».

IV. 2. Analisi interpretativa dei dati raccolti nel corso del primo colloquio

L'aspetto curato della persona, il suo abbigliamento, l'immagine d'insieme già basterebbero a mettere in dubbio che la paziente sia affetta da depressione. L'intensità espressiva del linguaggio, sia verbale che scritto, usato per riferire il proprio disagio e per richiedere aiuto, il tentativo di motivare il proprio malessere, cercando fra le tante spiegazioni possibili l'origine della propria sofferenza, accrescono, poi, ancora di più il sospetto di essere di fronte a un errore diagnostico.

Depressione significa «*Sentirsi inutile, insufficiente, incapace di affrontare il divenire continuo della realtà. Non confidare più nell'intervento di una mano protesa ad aiutare o a sorreggere: Sentire spezzato il legame biologico con l'esigenza di sopravvivere. Non provare alcun desiderio, non avvertire, nelle pieghe immaginabili del tempo, neppure un obiettivo che meriti un impegno di lotta. Nutrire un odio disperato per la propria entità fisica e mentale e per i propri simili*» (19 p. 11).

Il dubbio diagnostico è stato sicuramente condiviso dall'ultimo psichiatra consultato dalla paziente, che ha definito la sua personalità «*tragica, emotivamente eccessiva, con manifestazioni drammatiche*». Ma che si tratti di un errore di valutazione è provato, soprattutto, dal miglioramento soggettivo, avvertito dal soggetto dopo la drastica diminuzione della terapia farmacologica. Si è considerata per troppo tempo come forma depressiva quella che era, con ogni probabilità, solo una condizione di «*scoraggiamento*». Infatti, essere scoraggiati vuol dire trovarsi in una «*persistente condizione di malessere*», perché lo scoraggiamento è «*un guasto, una malattia cronica della vita di relazione, che, lasciata a sé, non ha possibilità alcuna di recupero*» [11].

Che si tratti di una forma di scoraggiamento, rimane, però, soltanto un'ipotesi, che è necessario momentaneamente accantonare in attesa di ulteriori convalide. Qualche altra riflessione sugli appunti della paziente. Ad esempio, l'inappaga-

mento della sessualità, «*abitudinaria, senza fantasia*», la sua «*scarsa partecipazione, non rivelata per timore di inibire ulteriormente*» il marito, il sentirsi «*sola, trascurata, non serena*», ma anche la mancanza di coraggio ad affrontare direttamente il problema. Pure questa condotta rientra, però, nel quadro generale dello scoraggiamento.

Un'attenta valutazione deve essere dedicata al “*lapsus calami*” che appare all'inizio del promemoria scritto dalla paziente: «*I sintomi che non mi danno fastidio sono sempre gli stessi*». Perché ha cancellato «*abbandonano*» e ha lasciato quel «*non*» che modifica radicalmente il senso della frase? Qual'è la rappresentazione mentale che l'inconscio della paziente si propone di trasmettere? Che, in fin dei conti, con quei sintomi non sta poi così male?

Una considerazione a parte merita il giudizio che Marinella dà del marito: «*tipo tranquillo, casalingo, onesto e fedele*». Che cosa vuol far intendere? Forse che lei non è fedele? È un tema che, certamente, dovrà essere approfondito.

Un'ultima osservazione. La paziente fa presente di non accettare il suo «*grado di studi, la quinta elementare*» e di non aver «*il coraggio di comunicare la cosa al marito*», ma allo stesso tempo riferisce che deve occuparsi dei figli, «*aiutarli a fare i compiti, specialmente Gianni, che è molto debole in italiano*». Come, Marinella, che ha fatto solo la quinta elementare deve occuparsi della preparazione scolastica dei figli che stanno per affrontare l'esame di maturità, sia pure del liceo artistico, dove «*l'italiano è poco presente*»?

IV. 3. *La costellazione familiare*

Alla richiesta di descrivere le propria famiglia d'origine, la paziente riferisce quanto segue:

«*Sono la primogenita di tre sorelle: una di trentun'anni e una di trentacinque. Mio padre... lo definirei un caratteriale. Di origine meridionale, della provincia di Foggia, stava svolgendo il servizio militare qui su, al nord, dove conosce mia madre. La mette incinta e così nasco io. Lui ha vent'anni, mia madre diciannove. Si sposano dopo la mia nascita, ma il matrimonio è malvisto e contrastato da entrambe le famiglie. Le difficoltà economiche incominciano, però, subito e io sono allontanata dai miei genitori e sistemata presso la nonna materna e gli zii. La permanenza dalla nonna è, comunque, saltuaria e ogni tanto, per brevi periodi, rientro in famiglia. Nel frattempo sono nate le mie sorelle che, invece, rimangono in casa con la mamma e il papà; al contrario, io no! A dodici anni mi riprendono in famiglia, ma solo perché devo dare una mano nella nuova azienda di mio padre: un mulino, che ben presto dovrà chiudere, per l'assoluta*

incapacità imprenditoriale di papà, e io ritorno dalla nonna, dove vi rimango sino ai quindici anni. Mio padre muore a trentanove anni per un tumore, proprio quando sembrava si fosse inserito discretamente nel lavoro come montatore di gru, a Milano, dove ci eravamo trasferiti da Pordenone. Mio padre era un uomo violento, picchiava tutti, anche la moglie, per un nonnulla. Io ho tentato un recupero giustificativo della sua immagine solo molto più tardi.

Mia madre... la vera vittima! Ha sofferto tanto! Dopo la morte di papà, la mamma ha dovuto darsi da fare, come del resto ho dovuto fare io, la maggiore delle figlie. Purtroppo, a causa dell'impegno lavorativo, mia mamma ha finito con il trascurare le necessità delle mie giovani sorelle, con tutto quello che poi ne è conseguito. Beh, del resto non poteva fare altrimenti... le bocche da sfamare erano quattro e a lavorare eravamo solo noi due. Ora la mamma è tranquilla, vive in campagna con un compagno, Gino, un uomo amabile, ben accetto e ben voluto da tutti.

Le mie sorelle? Un disastro! La secondogenita, Emy, turbolenta e instabile nell'affettività e nel lavoro. Viveva con un compagno dal quale si è separata dopo un aborto. Mia madre ha cercato di aiutarla, sia affettivamente che economicamente, ma senza successo. Era rimasta incinta un'altra volta, non si sa chi fosse il partner che l'ha resa gravida; nasce un figlio, che lei abbandona per un altro legame. Sparisce dalla circolazione. Ce la riportano a casa dal Marocco, in stato confusionale per droga. Io mi faccio coinvolgere da tutti i problemi che ne derivano, come, del resto ne è rimasta coinvolta tutta la famiglia. Ora non ne sappiamo più niente: è scomparsa un'altra volta e sono quasi cinque anni che non abbiamo più sue notizie... forse è morta, chi lo sa...

L'altra mia sorella, la minore, Clara, è bulimica. Ha sempre avuto un sacco di problemi. A diciassette anni è stata operata di cisti ovarica. Ha sposato un uomo maggiore di lei di dieci anni, molto buono e onesto, anche se dai modi un po' rudi, ha una macelleria che rifornisce alberghi e ristoranti. Stanno molto bene economicamente. Purtroppo, a causa dell'operazione subita, non può avere figli. Soffre periodicamente di gravi crisi depressive, sempre in concomitanza con le mie, soltanto che lei le sue crisi le supera, concludendole ogni volta con notevoli manifestazioni maniacali e combinando anche imprevedibili guai».

Invitata ad annotare su di un foglio, in forma libera, parole o giudizi sotto le voci padre e madre, inserendo tra l'una e l'altra le interazioni fra i genitori, Marinella scrive:

<p>PADRE <i>Poverino!</i> <i>Ha sofferto tanto</i></p>	<p>MADRE <i>Umiliata</i> <i>ma è riuscita a</i> <i>realizzarsi</i></p>
<p><i>Non sono mai stati capaci</i> <i>di dialogare</i></p>	

IV. 4. *Analisi interpretativa dei dati relativi ai componenti la costellazione familiare*

La paziente propone la figura del padre in modo talmente negativo da far supporre come la sua rappresentazione mentale di uomo ideale sarebbe stata in seguito decisamente quella opposta. Il compagno della madre, il cognato, ma anche lo stesso marito, citato nel memorandum, sono le altre figure maschili che emergono dalla descrizione della sua costellazione familiare allargata. Ebbene, questi tre personaggi sono descritti in modo totalmente antitetico alla figura del padre: sono onesti, fedeli, tranquilli, lavoratori, benvenuti, graditi e apprezzati da tutti quanti. Del padre violento, disadatto e fallito rimane solo un doloroso lontano ricordo e il tardivo «*recupero giustificativo della sua immagine*».

La madre: la vittima. Ora, comunque, si è rifatta una vita, «è tranquilla», vive fuori città, ha trovato «*un compagno, Gino, un uomo amabile, ben accetto e ben voluto da tutti*». Rimasta vedova ancora molto giovane, a trentott'anni, «*ha dovuto darsi da fare*» (come del resto ha dovuto fare anche la paziente), trascurando, «*purtroppo, a causa dell'impegno lavorativo*» i bisogni delle giovani figlie, «*con tutto quello che poi ne è conseguito*».

Pesa, comunque, su entrambi i genitori la grave responsabilità di aver allontanato Marinella da casa e poi, nel momento di necessità, di averla sfruttata, bambina di soli dodici anni, perché desse una mano nell'azienda, il famigerato mulino, che ben presto fallirà per l'assoluta inettitudine del padre. Dopo di che, la ragazzina, non servendo più ed essendo tornata a essere solo un'altra bocca da sfamare, è rispedita ancora una volta dai nonni, dove vi rimarrà sino ai quindici anni, per ritornare in famiglia solamente in età da lavoro.

Qui si prospetta quel disagio psicologico, validamente descritto da Edmondo Pasini come «*sindrome del bambino odiato*» [20]. Si tratta di una serie di situazioni strutturalmente distinte che, pur riconoscendo cause eziologiche diverse,

rientrano in un unico quadro caratterizzato, accanto a segni minori, da una grave insicurezza sia personale che sociale. Devono essere inseriti nella classificazione pure i bambini rifiutati e quei bambini la cui nascita non è stata accettata perché nati fuori dal matrimonio, o che, comunque, abbiano creato disturbo ai genitori con la loro venuta al mondo.

Le sorelle sono entrambe fortemente problematiche. La secondogenita anaffettiva, sbandata e tossicomane conduce una vita sconvolgente e tragica: non si conosce neppure la sua sorte; i familiari temono addirittura che sia morta. L'ultimogenita, offesa dalla malattia nella sua femminilità sin dall'età adolescenziale, al punto di vedersi negata la maternità, è affetta da bulimia e cade in ricorrenti episodi depressivi. In questo caso è possibile ritenere che la diagnosi di depressione sia stata formulata in modo corretto, a causa delle tipiche manifestazioni maniacali che concludono ogni evento.

A questo punto, c'è da chiedersi: dal punto di vista psicologico, è andata peggio a Marinella, allontanata precocemente dai genitori, o alle sorelle, vissute in famiglia in mezzo a quel clima litigioso e turbolento?

IV. 5. *Qualche altra notizia utile all'interpretazione dello stile di vita*

Al fine di una più corretta definizione dello stile di vita della paziente è opportuno aggiungere qualche altra notizia raccolta dopo la richiesta rivolta di parlare di sé.

«Ho fatto pochissimo asilo, perché ero spesso ammalata, ma anche perché la nonna preferiva tenermi a casa con sé. La prima e la seconda elementare le ho frequentate a Portogruaro, la terza e la quarta a San Severo, in provincia di Foggia, presso i nonni paterni, e la quinta di nuovo a Pordenone. Mi iscrivono alla prima media, ma la devo interrompere prima di ultimarla, perché sono richiamata a casa ad aiutare mio padre in quel disgraziato mulino. Ho trovato, comunque, il modo di frequentare, mentre già lavoravo a Milano come aiuto parrucchiera, un corso serale di steno-dattilografia, conseguendo con successo il diploma finale, come prima classificata. Il mio ciclo scolastico si è concluso cinque anni fa, ormai trentacinquenne, con il conseguimento, come privatista, del diploma di scuola media, ottenuto, senza che mio marito lo sapesse, frequentando di nascosto un condensato corso diurno. La valutazione fu ottima, ma ciò non è stato sufficiente a cancellare quel senso di inferiorità (testuale), che mi ha accompagnato e che mi accompagnerà per tutta la vita. Ho cercato di compensare questo vuoto leggendo moltissimo, di tutto, narrativa, letteratura, sagistica, psicologia. Il diploma di stenodattilografia mi ha permesso di essere assunta, prima come tirocinante, poi come impiegata a tempo indeterminato, nell'ufficio commerciale della stessa azienda dove lavoravo da qualche tempo

Mario. Lì ci siamo conosciuti e abbiamo cominciato a frequentarci. Io avevo sedici anni, lui ventiquattro. Tutto è iniziato come amicizia. In quell'ambiente, di amicizie ne avevo fatte molte. Poi, il primo bacio e l'innamoramento, contraccambiato. Mi hanno conquistato le sue idee di uomo tranquillo. La sua famiglia mi ha subito accolta come se fossi stata da sempre una di loro e per me è diventata la mia famiglia ideale. C'è stata, invece, molta tensione fra mio padre, nei tre anni in cui è stato in vita, e mio marito... forse era geloso... A vent'anni, mi sposo; Mario ne ha ventotto. Ciò nonostante, io ho sempre mentito a mio marito riguardo al grado di studi raggiunto».

IV. 6. *Analisi interpretativa degli ultimi dati*

Il livello di cultura cui è giunto il soggetto è dovuto quasi totalmente alle sue capacità autoformative, tenuto conto del caotico iter scolastico e del basso status educativo raggiunto attraverso la scuola dell'obbligo. È indubbio che ci si trova di fronte a una persona dall'intelligenza eccezionale, dotata, inoltre, di una ferrea volontà, di una tenace ambizione e di un elevato grado d'orgoglio.

Il bene dotale dell'intelligenza, anche se di ottimo livello, non basta da solo a formare una buona cultura generale; deve essere sostenuto e stimolato da altri strumenti che consentano di superare quell'intollerabile «*sensu di inferiorità*», che la paziente, così istintivamente ha avvertito. E questi strumenti sono, appunto, la volontà, che spinge, con determinatezza e in piena autonomia, verso la realizzazione di un precisato fine, l'ambizione, che sollecita ad affermarsi e a distinguersi, e, infine, quella giustificata fierezza, quel sentimento della propria dignità, che genericamente è definito orgoglio.

La paziente parla con proprietà l'italiano e lo scrive correttamente, conosce bene il francese, appreso in modo autodidattico durante dei soggiorni abbastanza prolungati nella Svizzera francofona, presso i cognati; la sorella del marito ha sposato un agiato cittadino elvetico.

IV. 7. *I primi ricordi d'infanzia: narrazione e commento interpretativo*

Con la consueta tecnica proposta dalla Psicologia Individuale per l'esplorazione dei primi ricordi infantili, si richiede alla paziente di ritornare con il pensiero ai giorni della sua infanzia e di riferire ricordi, impressioni e sensazioni di quel tempo, così, come le ritornano alla mente. Ecco i suoi primi ricordi:

«La prima cosa che mi torna in mente è l'andirivieni da Pordenone a San Severo. Avevo otto anni. Soggiornavamo in un albergo di cui era proprietario un amico

di famiglia. Ebbene, quel gentiluomo mi ha coinvolto ripetutamente in atti sessuali, più che altro masturbazioni vicendevoli. Agli incontri partecipava, di tanto in tanto, anche un'altra bambina mia coetanea. Lui mi adescava con il pretesto che gli dessi una mano a risistemare le camere, ma poi ne approfittava per dare inizio ai giochi erotici. Il tutto è durato per circa un anno. Ma la cosa che mi turba maggiormente di questo squallido ricordo è che alle volte ero io ad andarlo a cercare...».

Commento: Alfred Adler raccomanda di prestare molta attenzione al primo ricordo riferito dal soggetto, in quanto, a volte vi è significata la vera causa del suo disagio. Di solito, il bambino abusato manifesta, da adulto, disturbi della sfera sessuale, ma la paziente, stando a quanto ha in precedenza rivelato, non sembra avere grossi problemi in questo campo, a parte il residuo senso di colpa di avere richiesto talora lei stessa al suo molestatore le prestazioni che, di sicuro, aveva innocentemente apprezzato. Identificazione della vittima con l'aguzzino? Senso di colpa per i rimproveri rivolti al marito a causa della scarsa disponibilità da lui dimostrata nei confronti della «sessualità», da lei valutata «abitudinaria, senza fantasia e monotona»?

«Questo, invece, è un ricordo molto bello! Riguarda il giorno della mia prima comunione. Tanta gente intorno. Una bellissima festa che faceva dimenticare la miseria e lo sconforto di tutti i giorni. Io ero la protagonista assoluta! I miei nonni si erano dati tanto da fare perché potessi godere di una giornata indimenticabile».

Commento: dal buio del peccato alla luminosità radiosa di un giorno sereno. La paziente passa dalla posizione di passivo strumento del male alla centralità dell'attenzione di tanta gente convocata per festeggiarla e ossequiarla in occasione della celebrazione del suo rapporto spirituale col divino, nel giorno irripetibile in cui la paziente è «la protagonista assoluta». Ma da domani, ricominceranno, fatali, «la miseria e lo sconforto di tutti i giorni».

«Mi crea ancora terrore il pensiero del rapporto con mio padre: un'esperienza di paura continua, il timore di sbagliare, le conseguenze delle tensioni fra i miei genitori. Non si poteva sgarrare, se no botte... ce n'erano per tutti».

Commento: la metodologia adleriana ortodossa escluderebbe questo passo dai primi ricordi infantili e lo registrerebbe fra i “rapporti” [3], intendendo per rapporto la sintesi ripetitiva di una serie di esperienze e per ricordo la presentazione di un singolo avvenimento, ben situato nel tempo [13]. Invece, è possibile, in certe circostanze, come già ho avuto modo di segnalare, che un rapporto possa avere lo stesso ruolo emotivo di un ricordo e, di conseguenza, lo stesso valore diagnostico.

Come nel ricordo appena esposto, in cui il terrore e l'angoscia vissuti e trasmessi dalla paziente sono il contenuto di un'esperienza che ha marcato di sicuro indelebilmente il suo stile di vita, del quale si sta tentando, proprio con gli strumenti ora utilizzati, di ricompone le cause originarie e il fine ultimo. La struttura patologica della personalità del padre è poi qui ribadita nella sua concreta estrinsecazione e il ricordo conferma l'ipotesi della deleteria influenza da essa indotta sulla formazione psicologica delle giovani figlie.

«Facevo la terza elementare. Assegnano un tema sulla giornata del risparmio. Nella graduatoria finale, io arrivo seconda di tutta la scuola e ricevo in premio una cifra di denaro che, anche se modesta, era pur sempre un aiuto prezioso nella nostra disgraziata situazione».

Commento: il giudizio già espresso sulla validità dell'intelligenza del soggetto è rafforzato da questo ricordo, che trasmette nel contempo la presa di coscienza dello stesso di dover cooperare con la famiglia per alleviarne la «disgraziata situazione».

«Quando mi hanno richiamato in famiglia per dare una mano in quel dannato mulino, il compito che mi è stato assegnato era di stare alla cassa e di tenere la contabilità. Con la complicità e il tacito aiuto di mia mamma, sottraevo qualche piccola somma per potermi comprare qualche giornalino o qualche libro di poco prezzo».

Commento: si è in precedenza osservato che l'intelligenza, anche se di ottimo livello, non basta da sola a formare una buona cultura generale; deve essere sostenuta e stimolata da altri strumenti, la volontà, l'ambizione e l'orgoglio, ma, soprattutto, deve essere alimentata e arricchita dall'apprendimento. E i mezzi per apprendere, per superare quell'intollerabile «senso di inferiorità», se non sono concessi, bisogna assolutamente procurarseli in qualche altro modo. E il mezzo escogitato dalla paziente è stato quello di alleggerire, con scaltrezza e con la tacita complicità dalla madre, la cassa del mulino, sottraendo «qualche piccola somma».

«Ricordo i giochi sessuali della mia infanzia: giocare al dottore fra coetanei. Che differenza dai giochi erotici con l'albergatore! Quelli, li ricordo con disgusto, questi, invece, con piacere: erano tutt'altra cosa».

Commento: ancora un ricordo-rapporto, come il precedente carico di emotività, soprattutto nel giudizio che la paziente esprime richiamando alla mente il malesere generato dagli eventi rievocati nel primo ricordo. Alfred Adler parla di un "normale training erotico dell'infanzia e dell'adolescenza" [1]. È proprio questo il concetto che la paziente vuole rappresentare: la normalità di un addestramento

al sesso attraverso la sperimentazione infantile e l'anomalia della sua esperienza con l'adulto molestatore.

«Mi viene alla mente uno zio paterno, militare. Quando veniva a trovarci, mi portava sempre dei ricordini, era molto affettuoso. Ricordo, in particolare, una maglietta che ho indossato per parecchio tempo, ma non so più bene di che colore fosse».

Commento: questo zio era della stessa famiglia del padre; eppure era molto affettuoso e generoso. Com'è mai possibile? Le idee si confondono a tal punto che la paziente non ricorda più il colore della maglietta che le è stata donata.

«Ripenso al tentativo di suicidio di mio padre. Si era buttato dal terzo piano per debiti. Si era solo rotto una gamba... I nonni si erano rifiutati di aiutarlo per l'ennesima volta. Ho unicamente il vago ricordo di un ospedale».

Commento: sembra quasi che la paziente abbia voluto dire: «Peccato, si è rotto solo una gamba... poteva essere la nostra liberazione... invece...».

«Legato a questo episodio, mi ricordo di aver sperato che mio padre morisse. Penso, però, che l'idea sia stata accentuata anche dai discorsi degli zii e dei nonni, che ogni volta parlavano di lui».

Commento: sì, è vero: la paziente si era effettivamente augurata che il padre morisse e che finisse con lui quella condizione senza speranza, ma il senso di colpa per aver concepito un tale pensiero è troppo gravoso, occorre trovare un'attenuante; non è proprio colpa sua, sono gli zii e i nonni, con il loro parlare di suo padre, ad aver sollecitato in lei un'idea tanto spietata.

«Nel momento della partenza da Pordenone per San Severo, io piangevo sempre. Era un lungo viaggio, ma anche affascinante. Si viaggiava di notte... la sosta nelle stazioni... la voce degli altoparlanti. Ogni volta che anche adesso mi metto in viaggio, riprovo ancora quelle sensazioni».

Commento: la separazione è simboleggiata dalla metafora della partenza per una località lontana e diversa. Però, superato il dolore iniziale del distacco, tanto acuto da provocare il pianto, l'allontanamento acquista fascino, percepito da tutti i sensi, ed è talmente gradevole da essere rivissuto ogni volta che si ripete la situazione di dover mettersi in viaggio.

«Da bambina, non giocavo molto. In quell'albergo, sulla terrazza, mi divertivo da sola... fingevo di essere una suora, introducendo la testa nel buco di una vecchia coperta sdrucita».

Commento: quand'era bambina, la paziente non aveva il tempo, o lo spirito, per potersi dedicare al gioco e l'ambiente evocato lo attesta. Il personaggio interpretato attraverso la finzione del gioco, la suora, e lo stesso oggetto usato per giocare, la «vecchia coperta sdrucita», bastano da soli a esprimere il disagio della miseria, dell'isolamento e della solitudine vissuti di fatto dal soggetto.

«I miei amichetti di Portogruaro. Ci trovavamo per ascoltare la radio, si andava a vedere la televisione: “lascia o raddoppia?”», si giocava a tombola con i fagioli, ci si aiutava l'un l'altro, eravamo molto spontanei».

Commento: questo ricordo-rapporto esprime l'immediata e spontanea compensazione della sofferta solitudine espressa nel ricordo precedente. Vi è significata la struggente nostalgia di un tempo perduto, in cui aiuto reciproco, partecipazione, semplicità, naturalezza e spontaneità appaiono gli ingredienti essenziali e i collanti di quella funzione vitale che denominiamo “amicizia”.

IV. 8. Sintesi interpretativa del materiale raccolto per la psicodiagnosi

La prima considerazione riguarda l'impressione iniziale esercitata dal soggetto sull'operatore. La paziente si presenta curata nella persona e con un abbigliamento giovanile, ma contenuto; si esprime in italiano con proprietà e lo scrive in modo altrettanto corretto, tanto da essere ritenuta di un livello di studi molto superiore a quello realmente raggiunto. Si verrà a conoscenza più tardi che conosce bene, per autoapprendimento, una lingua straniera, il francese. S'intuisce ben presto che è un soggetto dotato di un'intelligenza di livello superiore ed è fornito di una buona cultura generale.

La modalità di presentare la propria anamnesi e la motivazione d'accesso alla terapia è attuata in modo alquanto singolare, attraverso un memorandum scritto di getto. È presumibile che le esperienze offerte dai colloqui preliminari dei precedenti trattamenti, iniziati e mai conclusi, oltre all'ansia di risolvere al più presto una situazione divenuta intollerabile, abbiano suggerito alla paziente di abbreviare i tempi introduttivi con tale stratagemma, o, in alternativa, che lei stessa abbia avvertito un certo fastidio ad affrontare direttamente certi argomenti imbarazzanti. Come riferisce lo stesso soggetto, il “senso d'inferiorità” sul piano dell'istruzione è talmente inaccettabile, per la propria ambizione, che, invece, la vorrebbe “protagonista assoluta”, per il proprio orgoglio e per la propria dignità, da spingerla, con un'eccezionale prova di volontà, a costo persino di violare, se necessario, alcuni elementari principi etici (5° ricordo), ad arricchire le conoscenze per mezzo dell'autodidattica (5° ricordo e notizie riferite sull'autoformazione).

La seconda osservazione concerne il dubbio riguardo alla diagnosi di *depressione* formulata alla paziente diversi anni prima. Il sospetto che si tratti di un'opinione sbagliata è condiviso dall'ultimo psichiatra che l'ha visitata e la conferma dell'errore è rafforzata dal miglioramento soggettivo che la paziente ha avvertito dopo la drastica diminuzione della terapia farmacologia antidepressiva. L'ipotesi alternativa è quella di uno stato di *disagio* (o di *scoraggiamento*) instauratosi su di una personalità di base «*emotivamente eccessiva*» (*isterica?*). Disagio e scoraggiamento sono in sostanza termini intercambiabili. Entrambi sono significati da una «*persistente condizione di malessere*», «*un guasto*» tale, da far attribuire al disturbo la definizione di «*malattia cronica della vita di relazione*», senza che, quindi, sia concessa alcuna possibilità spontanea di recupero. L'eziopatogenesi di tale disturbo psicologico è presumibilmente da ricercare nella comparsa della «*sindrome del bambino odiato*», sviluppatasi dopo l'allontanamento dai genitori, con il conseguente vissuto di solitudine (*11° ricordo: la metafora del gioco infantile solitario e misero*). Ma l'aver positivamente superato il malessere, dopo solo un breve momento di pianto iniziale (*10° ricordo: l'allegoria delle percezioni sensoriali che seguono la sofferenza per il distacco*), è indice di buone capacità di compenso.

Gli elementi disturbanti, maggiormente avvertiti dal soggetto, sono l'appena ricordato «*sensu d'isolamento*» (*il distacco dai genitori e la condizione di solitudine dell'11° ricordo*) e la frustrata sessualità, quest'ultima a causa della percepita «*trascuratezza*» nei suoi confronti da parte del marito. Il problema dell'inappagata sessualità è piuttosto complesso, poiché si dipana fra la squallida esperienza infantile con l'adulto molestatore (*1° ricordo*), il senso di colpa per aver ella stessa sollecitato i giochi erotici (*1° ricordo: «la cosa che mi turba maggiormente... è che alle volte ero io ad andarlo a cercare...»*), il conseguente mantenimento della sintomatologia per autopunizione (*il lapsus calami: «I sintomi che non mi abbandonano danno fastidio...»*) e la nostalgica immagine dei giochi sessuali infantili (*6° ricordo*).

Le due figure genitoriali hanno, per la paziente, una grandissima rilevanza ai fini dell'elaborazione mentale del concetto di uomo e di donna. L'immagine del padre, uomo violento, prepotente e caratteriale (*3° ricordo e descrizione della figura paterna nella «costellazione familiare»*), la cui inettitudine al lavoro lo porta persino a tentare il suicidio per debiti (*8° ricordo*), risulta in antitesi con le altre figure maschili: il marito, definito uomo «*tranquillo, onesto e fedele*», il compagno della madre, «*amabile, ben accetto e ben voluto da tutti*», il cognato, «*buono e onesto, anche se dai modi un po' rudi*» e lo zio paterno, «*molto affettuoso*». Senza dubbio, il soggetto opta per il secondo tipo di uomo.

Per quanto riguarda il modello femminile, la madre, vittima, lavoratrice, ma troppo accentrata su di sé, al punto di trascurare le giovani figlie, «*con tutto quello che poi ne è conseguito*», non sembra proprio rappresentare per la paziente l'esempio ideale. Le sorelle, poi!

Infine, è invece notevole per il soggetto il valore dell'amicizia e dei rapporti sociali, espressi dall'aiuto reciproco, dalla compartecipazione, dalla semplicità, dalla naturalezza e dalla spontaneità, che solo la spensieratezza adolescenziale sa esprimere con genuina istintività (*11° ricordo*).

IV. 9. *Un sogno emblematico*

Il sogno qui descritto risale al giugno del 1990, ossia a circa quattro anni dall'inizio del trattamento. La paziente si è veramente trasformata: ha abbandonato completamente la terapia farmacologica, lavora a tempo pieno, sempre nel campo assicurativo con piena soddisfazione, si dedica al volontariato in parrocchia, frequenta corsi serali, sia culturali che di aggiornamento, ha intrapreso lo studio della lingua inglese, ritenendola indispensabile nel momento presente. Dei figlioli, uno, ottenuto il diploma dell'istituto tecnico per geometri, dopo un breve periodo di tirocinio, aiutato dal padre, ha aperto uno studio professionale; l'altro, quello debole in italiano, è iscritto alla facoltà di architettura ed è a pari con gli esami; entrambi sono fidanzati e la paziente ha ottimi rapporti con le future nuore. Anche la relazione con il marito è molto migliorata; vi è molta collaborazione, la sessualità è ora soddisfacente e piacevolmente appagante. I coniugi hanno molte occasioni di uscire insieme, di divertirsi e di incontrare amici.

Il miglioramento della paziente era ormai sufficientemente collaudato, per cui, in completo accordo, si era stabilito di chiudere la terapia in coincidenza con l'inizio delle vacanze estive, quindi dopo altre tre o quattro sedute, quando lei viene all'appuntamento, portando questo sogno:

«Ho fatto un sogno drammatico e terrificante. Ho sognato di essere nella camera dei miei nonni a Pordenone. Con me ci sono due animali inferociti: un gatto e un coniglio. Mi si avventano addosso, mi aggrediscono e mi graffiano, procurandomi profonde e dolorose ferite. Cerco di difendermi, dibattendomi, finché riesco ad afferrare una scopa e, con il manico, li uccido e li faccio a pezzi. Poi, vado in bagno e scaravento nel water i resti di quegli animali, facendo immediatamente scorrere l'acqua dello sciacquone. Ma i resti non vanno giù, anzi, continuano a ritornare a galla: interiora, teste con le bocche spalancate e gli occhi sbarrati. Insisto e mi coglie l'angoscia: non ci riesco!».

Invitata ad associare, la paziente fornisce le seguenti connessioni di pensieri e di concetti:

«Ho detto la camera dei nonni, ma in realtà è la camera di mia nonna; il nonno è morto quasi subito dopo la mia nascita. In quella camera ho vissuto anch'io,

ho dormito nel letto accanto alla nonna. Forse, intendevo la camera dei miei genitori?

Il gatto è un animale che non mi è mai piaciuto. Mio padre aveva voluto che tenessimo un gatto, quasi certamente per tenere lontani i topi dal mulino, ma quella bestia sembrava pazza: spiccava balzi sulle pareti della stanza, senza nessun motivo. No, i gatti non mi sono mai piaciuti. Il coniglio è da sempre considerato il simbolo dell'animale docile, è mansueto, timido e pauroso, ma quello del sogno era davvero feroce, faceva paura!

Io afferro una scopa per difendermi e con quell'arnese, colpendo all'impazzata, li uccido entrambi.

Beh, di solito la scopa è uno strumento che si usa per fare pulizia, per allontanare la spazzatura.

Ma l'immondizia non la si butta nel water: nel water vanno a finire gli escrementi, quello che deve essere rimosso dall'interno del corpo... ma io non ce la faccio a eliminare quei resti orrendi. Che angoscia: non ce la faccio proprio: continuano a ritornare a galla... quelle bocche spalancate... quegli occhi sbarbati... oh Dio, che orrore!».

Procedendo a ritroso lungo la linea associativa della paziente è ora possibile tentare l'interpretazione di quanto il suo inconscio abbia voluto comunicare attraverso il linguaggio recondito e segreto del simbolo, utilizzando come tramite il lavoro onirico.

Quasi sicuramente, quella menzionata nel sogno è proprio la camera dei genitori, perché loro sono i veri protagonisti della metafora, nascosti dietro i due animali inferociti, utilizzati come significanti: il gatto pazzo, che compie una sequela di movimenti immotivati e irrazionali, e il coniglio, abitualmente ritenuto un animale tranquillo, ma che qui, accoppiato a un animale furioso, diventa altrettanto aggressivo e violento.

Che il gatto simboleggi la figura del padre non è difficile da dimostrare: è il padre che ha voluto quell'animale per proteggere il mulino dai topi. Purtroppo, anche questa decisione si è dimostrata improduttiva, l'animale era impazzito e non serviva allo scopo, ma rappresentava solo un elemento di disturbo e di confusione. Il coniglio, invece, significa la madre, fundamentalmente priva di cattiveria, ma che congiunta al marito interagisce con lui e ne assume tutte le caratteristiche negative.

Entrambi gli animali si avventano sulla paziente, l'aggrediscono, la graffiano, procurandole profonde e dolorose ferite. Le ferite simboleggiano tutte le soffe-

renze dalla stessa patite a causa dei genitori: l'abbandono, la solitudine, le paure, le violenze, tutte le conseguenze dei loro comportamenti sconsiderati. Ma il grave stato di frustrazione comporta immancabilmente una reazione aggressiva, se non altro, per difesa [4]. Il soggetto si sta dibattendo, bisogna assolutamente trovare il modo di annientare gli aggressori, anche con il primo strumento che può capitare fra le mani, non c'è tempo per riflettere. E invece, l'attrezzo sembra proprio essere il più adatto per affrontare gli assalitori, farli a pezzi e, finalmente, liberarsene per sempre.

Con sorpresa, però, l'operazione non riesce: il luogo scelto per depositarvi i resti è improprio, non adatto per questo tipo di rifiuti: il water. Così, nonostante lo scorrere dell'acqua, i pezzi di quei corpi fatti a brandelli, le interiora, le teste con le bocche spalancate e gli occhi sbarrati, non vanno giù, anzi, continuano a ritornare a galla, non è proprio possibile liberarsi di loro e coglie l'angoscia.

Perché questo sogno proprio adesso che l'analisi sta per finire? Che tutto avesse avuto inizio nel suo lontano passato non è una novità per la paziente; ormai ha acquisito da tempo la coscienza che le figure genitoriali hanno avuto per la formazione del suo stile di vita una rilevanza estremamente negativa, allora, perché questo sogno?

È paradossale! La letteratura analitica e psicoanalitica corrente descrive a iosa il tema della "resistenza al trattamento"; qui, invece, ci si trova di fronte al problema opposto: la "resistenza alla fine del trattamento". La cosa, però, non deve stupire più di tanto. Capita abbastanza con frequenza che il paziente non si senta ancora in grado di affrontare da solo l'impatto con la vita e con l'ambiente: è il caso delle così dette "*analisi interminabili*", bloccate e ritardate da una dinamica, talora equivoca e talora conflittuale (15, p. 126).

In tali situazioni, l'intervento più efficace da parte dello psicoterapeuta deve essere rivolto a interpretare le componenti fittizie che possono nuocere al rapporto, offrendo al soggetto la garanzia del proprio intervento nel caso che, in futuro, dovesse rendersi necessario.

Bibliografia

1. ADLER, A. (1917), *Das Problem des Homosexualität*, tr. it. *Psicologia dell'omosessualità*, Newton Compton, Roma 1994.
2. ADLER, A. (1933), *Der Sinn des Lebens*, tr. it. *Il senso della vita*, De Agostini, Novara 1990.
3. CANZIANI, G., MASI, F. (1979), Significato dei primi ricordi infantili: loro importanza nella diagnosi e nella psicoterapia con particolare riguardo all'età evolutiva, *Riv. Psicol. Indiv.*, 11: 15-34.
4. DOLLARD, J. ET ALII (1939), *Frustration and Aggression*, tr. it. *Frustrazione e aggressività*, Giunti & Barbera, Firenze 1967.
5. ELLEMBERGER, H. F. (1970), *The Discovery of the Unconscious*, tr. it. *La scoperta dell'inconscio*, Boringhieri, Torino 1976.
6. FERRIGNO, G., PAGANI, P. L. (1997), L'immaginario fra passato, presente e futuro e la costanza dello stile di vita, in CANZANO, C. (a cura di), *Il tempo e la memoria*, *Atti del 6° Congresso Nazionale SIPI*, Milano.
7. FERRIGNO, G., PAGANI, P. L. (2004), La Psicologia Individuale e le psicologie del profondo alla luce delle nuove epistemologie, in ROVERA, G. G. ET ALII (a cura di), *La ricerca in Psicologia Individuale*, C.S.E., Torino.
8. FREUD, S. (1899), *Die Traumdeutung*, tr. it. *L'interpretazione dei sogni*, Boringhieri, Torino 1973.
9. L'UNIVERSALE, LA GRANDE ENCICLOPEDIA TEMATICA (2003), Vol. 6, Garzanti, Milano.
10. MEYER, C. (a cura di, 2005), *Livre noir de la psychanalyse*, Les Arènes, Paris.
11. PAGANI, P. L. (1995), Il disagio e la frustrazione. Ruolo dei doppi legami e dei legami multipli nella formazione dello Stile di vita, in MASCETTI, A., ZIGHETTI, M. (a cura di), *La costellazione familiare*, *Atti 5° Congresso Nazionale Società Italiana di Psicologia Individuale*, *Stresa, 8-9 maggio 1992*, Stampa, Brunello (VA).
12. PAGANI, P. L. (1996), *Il caso della signora B – Dialoghi adleriani*, Quaderni della Rivista di Psicologia Individuale, Milano.
13. PAGANI, P. L. (2003), *Piccolo lessico adleriano (Dispensa)*, Istituto Alfred Adler di Milano.
14. PAGANI, P. L. (2005), *Il T.A.T. come test integrativo per la definizione di uno stile di vita (dispensa)*, Scuola Adleriana di Psicoterapia dell'Istituto Alfred Adler di Milano.
15. PARENTI, F. (1983), *La Psicologia Individuale dopo Adler*, Astrolabio, Roma.
16. PARENTI, F., PAGANI, P. L. (1976), *Il reattivo del Rorschach nell'età evolutiva*, Hoepli, Milano.
17. PARENTI, F., PAGANI, P. L. (1984), Il caso «Masson - Freud»: una polemica surreale con frammenti di verità, *Riv. Psicol. Indiv.*, 20-21: 137-138.
18. PARENTI, F., PAGANI, P. L. (1984), *Dizionario alternativo di Psicoanalisi*, Quaderni della Rivista di Psicologia Individuale, Milano.
19. PARENTI, F., PAGANI P. L. (1988), *Capire e vincere la depressione*, De Agostini, Milano.
20. PASINI, E. (1979), Importanza dell'insight nella terapia del bambino odiato, *Riv. Psicol. Indiv.*, 11: 51-56.

21. POPPER, K. (1935), *Logik der Forschung*, tr. it. *Logica della scoperta scientifica*, Einaudi, Torino 1970.
22. SCHAFFER, H. (1974), Immaginazione attiva e psicoterapia adleriana, *Riv. Psicol. Indiv.*, 2: 54-55.
23. SEVERINO, E. (1994), *Antologia filosofica*, Rizzoli, Milano.

Pier Luigi Pagani
Via delle Forze Armate, 260/9
I-20152 Milano
e-mail: pl.pagani@tin.it