

FRANCA GABOTTI BOARIO

NUOVI PROCEDIMENTI NELL'AMBITO DI UNA PSICOTERAPIA ADLERIANA

La comunicazione intende presentare il caso di una paziente istero-schizoide per la quale era stato richiesto un ricovero nel reparto psichiatrico-ospedaliero della U.S.S.L. VII di quartiere dove io lavoro come psicologa-psichiatra. Dopo un primo approccio con la paziente, nel quale si era affacciata clamorosamente la sua patologia, mi consulto con l'équipe decidendo di sospendere il ricovero per iniziare una psicoterapia di tipo adleriano, associata eventualmente a momenti di rilassamento, qualora l'atteggiamento della paziente presentasse grosse resistenze.

Ritengo opportuno riferire testualmente il brano tratto da un Diario che la medesima paziente mi ha portato dicendomi che l'aveva scritto alcuni mesi prima su consiglio del Medico curante:

«Un pomeriggio, mentre sto facendo un compito di matematica, un senso di vuoto mi circonda, continuo a scrivere, ma la percezione delle cose non è normale, quasi non fossero concrete. Mi alzo, faccio qualcosa per distrarmi, un senso di paura mi assale anche perché sono sola. Mi ritorna in mente la sensazione di quella sera in cui giocavo a «Dama», tento di dimenticare dicendo che è una mia illazione e che non posso essere che io. Riesco a calmarmi, ma la cosa lascia il segno. Per diverso tempo questa sensazione mi coglie tutti i pomeriggi. Al mattino, un nuovo giorno, sto bene; l'accaduto è un ricordo, che però al pomeriggio si ripropone: che cosa sono, non ci sono, c'è quello che vedo, non c'è, esiste il mio corpo?».

Dalla lettura di queste righe si comprende come la paziente abbia una immagine negativa e distorta del Sé corporeo, riferibile a un grave complesso d'inferiorità. Pur supponendo che le suddette frasi considerate a livello simbolico potrebbero avere un loro linguaggio filosofico, escludo questa ipotesi, poiché sulle divagazioni di carattere angoscioso si sono strutturate fobie e ansie che impediscono alla paziente di stabilire un qualsiasi rapporto di tipo sociale, lavorativo, amoroso.

Le sue fobie e stati di angoscia sono divenuti ormai il sintomo più clamoroso della sua patologia, tanto da coinvolgere tutta la famiglia. La paziente impone la presenza continua al proprio fianco di qualcuno che l'aiuti ad affrontare situazioni che presentino caratteristiche anche banali.

Nella programmazione della terapia, decido di applicare al soggetto nella fase preliminare tecniche di rilassamento sul tipo del training autogeno di Shultz, passando gradualmente ad un approfondimento sino a raggiungere un training ipnotico, con regressione di età, che consentano di suggerire alla paziente visualizzazioni fantasmatiche, specificamente impostate su un'immagine gratificante del proprio corpo.

La paziente ha 26 anni, è di bell'aspetto ma presenta una gestualità e un linguaggio che si esprimono in modo dissociato ed ansioso, mentre il viso appare contratto dall'angoscia e dallo stupore, pur mantenendo uno sguardo abbastanza mobile.

Domando alla paziente se è d'accordo di iniziare con me un training di rilassamento che ci consenta di contenere in modo rapido la sua ansia per quel tanto di spazio che ci permetta di poter iniziare il colloquio vero e proprio, di tipo psicoterapeutico, che ritengo di grande utilità per la ricerca dell'origine della sua patologia.

Spiego alla paziente che il colloquio sarà inframmezzato all'inizio ed anche verso la fine da tecniche di rilassamento e progressive tecniche di ipnosi vigile, regressiva, che la porteranno attraverso i suoi vissuti infantili, alla spiegazione e risoluzione dei suoi problemi.

Nella fase preliminare all'approccio psicoterapeutico, per contenere le fobie della paziente, ho applicato le tecniche di rilassamento sul tipo del training autogeno di Shultz; il mio obiettivo era di fare in modo che la paziente potesse, nel più breve tempo possibile, riprendere a livello spaziotemporale una vita relazionale normale. Ho iniziato una serie di esercizi atti a provocare in lei uno stato di completa distensione, proponendole di lasciar apparire, secondo le tecniche di Shultz, agli occhi della mente, un colore uniformemente diffuso e su questa onda abbandonarsi in modo totale, dimenticando le proprie angosce.

Dopo questo momento, felicemente riuscito, inizio un'analisi convenzionale secondo i principi Adleriani. Chiedo alla paziente di parlarmi dei suoi primi ricordi e della sua costellazione familiare. Essa mi risponde nei seguenti termini:

«Mia madre è una donna fredda, logorroica, razionale. Più volte ho pensato che mi volesse uccidere utilizzando del veleno.

Mio padre ha verso di me atteggiamenti rigorosi e ingiustificabili, è un uomo privo di emotività ed indifferenze a tutto.

Ho un fratello più giovane di me di sette anni, bello, simpatico e sempre allegro».

Dopo avere dato una panoramica sulla famiglia, mi parla dei suoi primi ricordi.

Ricorda che a cinque anni, quando le proposero di andare a scuola a frequentare la prima elementare, si rifiutava di attraversare la porta di casa richiudendola violentemente ogni volta che le veniva aperta per farla uscire.

A quel tempo viveva con i nonni, ai quali era stata affidata sin dalla nascita.

Ricorda che la madre arrivava ogni domenica, incutendole una terribile angoscia poiché le controllava i voti sul quaderno. Era solita prendere tutti 10 e lode, ma un giorno che il quaderno si macchiò, lo scambiò con un'amica che aveva voti più bassi, attirandosi le ire della madre.

Nei giochi di gruppo con le altre bimbe, non possedendo una bella bambola, rifiutava il ruolo di mamma, apparandosi e costruendo per sé una bambola di carta che componeva unendo arto ad arto, fino ad ottenere la figura umana. Per fare questa bambola usava le forbici in modo che la figura rimanesse piatta.

Quando la bambina compì sette anni, nacque un fratellino che i genitori tennero presso di sé, mentre lei sin dai primi giorni di vita era stata affidata ai nonni, con la scusa che entrambi i genitori lavoravano.

La bimba apparentemente accetta il fratello, aiuta la mamma a ninnarlo, a dargli il biberon, però nascostamente si vale di lui per mettere in atto un gioco perverso: lo lancia in aria, stando in piedi sul letto, sino al soffitto e lo riprende al volo sino a che un giorno il bimbo batte la testa contro il lampadario, ricade sul letto inanimato e lei lo crede morto.

A dieci anni, la paziente viene colpita da strane febbri, che il Medico curante giudica di tipo isterico, ricoverandola tuttavia in ospedale con la diagnosi di «febbri reumatiche»;

ricorda che dal suo letto un giorno vide entrare il fratellino: «bello, vestito da ometto, con un gran mazzo di gigli in mano».

Egli veniva a farle visita; dietro c'erano i genitori. Tuttavia la bambina non venne riconosciuta da alcuno poiché, a suo dire, i lineamenti le si erano alterati, in quanto gonfi di cortisone.

Da questi primi ricordi emerge chiaramente come nella dinamica della vita intrapsichica della paziente sia nato un grave complesso di inferiorità, dovuto a traumi e confronti negativi maturati nella costellazione familiare. E' sintomatico il primo rifiuto all'approccio con la scuola, perché non accompagnata dai genitori. Strappa il quaderno con i voti belli per punire la madre che non si occupa di lei, privilegiando il fratello. Matura un sentimento di inferiorità organica, quando, ricoverata in Ospedale, non è riconosciuta dal contesto familiare, mentre il fratello ne occupa lo spazio come «un bell'ometto bene vestito, con i gigli tra le mani». Lo stesso sentimento di inferiorità viene esaltato con il confronto tra l'atteggiamento dei genitori che accolgono il fratello in casa sin dalla nascita, mentre la paziente, con la scusa che i genitori lavoravano, era stata affidata ai nonni; il fratello assume quindi il ruolo di bimbo desiderato, la bambina, invece, si considera tollerata.

Nei colloqui, emerge che l'inferiorità si è strutturata anche come fattore sociale «poiché da bambina non possedeva bambole, le sue amiche non la consideravano facente parte del gruppo, anche perché abitava lontano dal paese in una modesta casetta tra i campi».

Il rapporto con la madre è stato chiaramente negativo, in quanto la medesima, non le ha offerto il filtro che avrebbe dovuto metterla in contatto con il mondo esterno, trasmettendole un'impronta aggressiva, impronta che la paziente ha in seguito utilizzato verso il prossimo e, in partico-

lare, verso il fidanzato, che tormentava di continuo con i suoi presunti malanni, attraverso i quali poteva permettersi di giustificare anche la fuga dalla propria caratterizzazione sessuale.

Proseguendo con i colloqui, ho potuto rilevare come la paziente fosse riuscita a calamitare sui di sé tutta la famiglia, richiamando un'attenzione costante per i pericoli a cui poteva andare incontro, soprattutto da parte del padre, che costringeva sempre al suo fianco, impedendogli qualsiasi momento relazionale.

Dal quadro descritto dalla paziente, era evidente una patologia di transizione tra la nevrosi fobica e la condizione dissociativa. La paziente stava sviluppando, nell'ambito familiare, dei dinamismi legati ad elaborazioni mentali di finzione rafforzata.

«Come se si sentisse di non esistere, di non avere corporeità».

«La finzione è una modalità, in vario grado non obiettiva di valutare se stessi e il mondo, elaborata al servizio di finalità prevalenti che l'individuo persegue». (**Parenti**: «La psicologia individuale dopo Adler», Astrolabio, Roma, 1983).

Dopo le suddette considerazioni, ho iniziato una vera e propria terapia atta a provocare un «insight» che smantellasse la finzione riportando la ragazza verso le tre componenti vitali: amore, lavoro, amicizia.

«Le implicazioni di queste tre semplici parole, spaziano nell'ambito vastissimo della sessualità e degli affetti, del pensiero creativo e delle produzioni, delle capacità d'integrarsi e di partecipare emotivamente con i propri simili

...». (**Parenti**: «La psicologia individuale dopo Adler», Astrolabio, Roma 1983).

«... Il paziente rinnovato dal rapporto con lo psicoterapeuta arriverà ad elaborare progetti non contaminati da finzione rafforzata». (**Parenti**: «La psicologia individuale dopo Adler», Astrolabio, Roma, 1983).

Nell'iter terapeutico sono passata dal training all'ipnoterapia, intendendo per la medesima, la possibilità di indurre nel soggetto «un particolare stato psicofisico che permette di influire sulle condizioni psichiche somatiche e viscerali del soggetto stesso, per mezzo del rapporto creatosi tra questi e l'ipnotista». (**Granone**: «Trattato di ipnosi», Borinighieri, Torino, 1983).

Ho usato, come momento terapeutico, la regressione di età in uno stato vigile, per cui, al risveglio, la paziente ricordava perfettamente ciò che aveva raccontato.

In una seduta essa è regredita a cinque anni, quando, nel cortile di casa, si gingillava facendo giochi acrobatici sul sedile della bicicletta; ho fatto notare alla paziente che il suo corpo è sempre «esistito» dal momento che ella riusciva a controllarlo attraverso il gioco.

Seguono altre sedute di ipnosi fantasmatica, con regressione di età.

Il «corpo» era sempre il protagonista, quello stesso «corpo» che non aveva più voluto esistere nel momento in cui ella aveva creduto di non essere riconosciuta dalla famiglia.

Parallelamente alla crisi d'identità, la paziente mette in atto una «protesta virile» poiché il fratello è il privilegiato

della famiglia e anche la madre, nel contesto familiare, si è investita di un ruolo paterno.

Col fidanzato, che conosceva praticamente dall'infanzia, porta avanti un desiderio di potere, tanto che lo costringe ad un rapido ritorno da Barcellona, dove si erano recati in vacanza, lamentando ancora la sua sensazione di dissolvimento.

Dopo l'episodio, il fidanzato l'abbandona.

Nel processo terapeutico ho valutato anche i sogni della paziente, nei quali sono affiorati dei conflitti, ma anche gli spazi possibili per un ricupero della persona, tra l'altro emersi nei primi ricordi, quando il soggetto si costruiva la bambola di carta unendo arto ad arto, sino a definirsi come figura umana.

Ai nostri colloqui ho fatto seguire tecniche ipnotiche e condizionamenti fantasmatici di vissuto corporeo, valendomi anche dei «passi».

I «passi sono sfioramenti che l'ipnotista fa con la propria mano sul copro della paziente e soprattutto sul viso, per realizzare particolari suggestioni. Questa modalità permette di suscitare un particolare vissuto corporeo del soggetto, utile come riferimento più profondo dell'ipnotista e come sensazione cenestesica ristrutturante o distrutturante.

In questo modo ho stabilito con il contratto una specie di messaggio informativo che potenzia il messaggio verbale del rapporto interpersonale che può dare dal lato terapeutico un aspetto particolare al rapporto transferale». (**Grano-**
ne: «Trattato di ipnosi», Boringhieri, Torino, 1983).

«In questo modo, prescindendo da qualunque implicazione organismica, ho stabilito con la paziente una specie di

messaggio informativo che potenzia il messaggio verbale del rapporto interpersonale che può dare, dal lato terapeutico, un aspetto particolare del rapporto transferale». (**Granone**: «Trattato di ipnosi», Boringhieri, Torino, 1983).

Durante il processo terapeutico la paziente presentava una sintomatologia sempre meno ossessiva: mano a mano cominciava a prendere contatto con la realtà, uscendo di casa senza l'aiuto di alcuno, guidando l'automobile, sostenendo esami difficili all'Università, e curando in modo femminile il proprio aspetto fisico, soprattutto quando doveva incontrarsi con degli amici per andare a ballare.

La paziente era quasi del tutto recuperata sotto il profilo sociale e lavorativo, restava da definire l'«amore», legato essenzialmente alla riscoperta del proprio corpo, poiché «la maturazione stessa della psico-affettività normale sarebbe sottoposta nella donna a lotte interiori e a difficoltà tali che renderebbero la sessualità femminile delicata per natura». (**Giorgio Abraham**: «Psicoanalisi e terapie sessuologiche», Feltrinelli, Milano).

Nel caso della nostra paziente, l'argomento si presentava quanto mai delicato e non privo di rischi. Nelle prime esperienze etero-sessuali con il fidanzato, con il quale aveva avuto rapporti completi, era emerso che i medesimi non avevano avuto alcun riscontro con la sua vita affettiva e sessuale, «come se fossero stati inghiottiti senza lasciare alcuna traccia».

La paziente mi confidava di essere stata assolutamente priva, sia nell'infanzia che nell'adolescenza di desiderio auto-erotico.

Nel colloquio psicoterapeutico, ho invitato la paziente a costruirsi un «immaginario», nel campo della sessualità, sollecitandola a realizzare un nuovo sentimento di amicizia

o di amore con il compagno che in quel momento la stava corteggiando.

Dopo un approccio non completamente definito a livello sessuale, la fanciulla si era investita di un'affettività che la portava a fantasticare una probabile maternità, che divenne per un periodo di tempo, l'interesse principale dei suoi giorni; questo mi facilitava nel farle considerare che se ella aveva l'opportunità e credeva di poter dare una nuova vita il suo copro doveva sicuramente esistere anche per lei stessa.

Il ritardo mestruale che l'aveva illusa su una pseudo-gravidanza non ebbe su di lei alcun effetto traumatizzante, ma la portò ad una rassegnata e felice attesa di una futura maternità.

La paziente, negli ultimi due mesi che precedettero la fine della terapia, fu inserita nel «Day Hospital» di quartiere, nel quale io stessa presto la mia attività, in un gruppo eterogeneo, che effettua il sociodramma moreniano, a cui fanno seguito tecniche di rilassamento.

Il gruppo è formato da operatori e malati mentali.

L'atteggiamento della fanciulla, a livello del gruppo, la faceva costantemente scambiare per un'operatrice.

Nell'ultimo incontro, ella ha portato al gruppo un sogno estremamente significativo: «Ero in una stazione lunare dove tutto poteva pietrificarsi se veniva investito da un pulviscolo d'oro; io passavo indenne tra due bimbi pietrificati, con un mio bimbo che tenevo per mano, proseguendo la mia strada verso i raggi della luna».

Mi sono valsa di quest'ultima esperienza, secondo il punto di vista suggerito dal Prof. Parenti, per il quale le te-

rapie di gruppo possono integrare un trattamento individuale, specie nelle fasi conclusive, quando l'analizzato trova vantaggio nel collaudarsi con la sperimentazione controllata di rapporti interpersonali.

Da questo processo terapeutico, ha potuto rendermi conto come la psicoterapia Adleriana, suffragata da alcuni spunti di appoggio di training autogeno e di ipnosi medica, possa conseguire, in tempi brevi, dei buoni risultati terapeutici.

Sono ormai trascorsi due anni dalla fine della terapia con la paziente sopradescritta. Attualmente la paziente non presenta alcun sintomo di ricaduta, la sua vita trascorre normalmente, sostiene con successo gli ultimi esami e sta preparando una Tesi di Laurea in Lingue. Ella frequenta il «Day Hospital» soltanto per fare della terapia Yoga. Conduce una vita normale, con interessi ed entusiasmi propri della sua giovinezza.

BIBLIOGRAFIA

- ABRAHAM G.: «Psicoanalisi e terapie sessuologiche». Feltrinelli, Milano.
- ADLER A.: «Il temperamento nervoso». Astrolabio, Roma, 1950.
- ADLER A.: «Conoscenza dell'uomo». Mondadori, Milano, 1954.
- ADLER A.: «Prassi e teoria della psicologia individuale». Astrolabio, Roma, 1967.
- ADLER A.: «Le sens de la vie». Payot, Paris, 1968.
- ADLER A.: «La psicologia individuale». Newton Compton, Roma, 1970.
- ADLER A.: «Il temperamento nervoso». Newton Compton, Roma, 1971.
- ADLER A.: «Cos'è la psicologia individuale». Newton Compton, Roma, 1976.
- ADLER A., ANSBACHER H.L., PARENTI F., PAGANI P.L.: «Adler e Nijinsky: da un incontro ipotesi sulla schizofrenia». Quaderni della Rivista di Psicologia Individuale, 6, Milano, 1982.
- ORGLER H.: «Alfred Adler e la sua opera». Astrolabio, Roma.
- BAZZI T., GIORDA R.: «Il training autogeno». Città Nuova.
- DREIKUS R.: «Lineamenti della psicologia di Adler». La Nuova Italia, Firenze, 1968.

- GIORDA R., BAZZI T.: «I nuovi orizzonti del training autogeno». Città Nuova.
- GRANONE F.: «Il trattato di ipnosi». Boringhieri, Torino, 1983.
- HALL C.S., LINDZY G.: «Teorie della personalità». Boringhieri, Torino, 1966.
- MILTON H.E., ROSSI E.L.: «L'esperienza dell'ipnosi». Astrolabio, Roma.
- MORENO M.: «Breve storia della psicoterapia». ERI, Torino, 1968.
- MUSATTI C.: «Trattato di psicoanalisi». Boringhieri, Torino, varie edizioni.
- PARENTI F., FIORENZOLA F.: «Sogno, ipnosi e suggestione». Feltrinelli, Milano, 1964.
- PARENTI F.: «Manuale di psicoterapia su base adleriana». Hoepli, Milano, 1970.
- PARENTI F., ROVERA G.G., PAGANI P.L., CASTELLO F.: «Dizionario ragionato di Psicologia individuale». Cortina, Milano, 1975.
- PARENTI F., PAGANI P.L.: «Protesta in grigio, Nel labirinto della depressione». Editoriale Nuova, Milano, 1980.
- PARENTI F.: «La psicologia Individuale dopo Adler». Astrolabio, Roma, 1983.
- PERESSON L.: «L'immagine mentale in psicoterapia». Città Nuova.

- POROT A.: «Dizionario di psichiatria». E.P.-SAIE, Alba, Torino, 1970.
- SCHAFFER H.: «La psychologie d'Adler». Masson, Paris, 1976.
- SPERBES M.: «Alfred Adler et la psychologie individuelle». Gallimard, Paris, 1972.
- WATZLAWICK P., BEAVIN H., JACKSON P.: «Pragmatica della comunicazione umana». Astrolabio, Roma.