

Ospedale Psichiatrico Provinciale di Piacenza
Direttore Prof. Pietro Dogliani

FILIPPO CABASSI

Primario Psicologo

ESPERIENZA DI PSICOTERAPIA INDIVIDUALE ADLERIANA:

*Remissione di una grave sintomatologia asmatica,
interpretata come manifestazione somatica di profondi
vissuti di inferiorità fraterna.*

La paziente giunge all'osservazione psicologica durante una degenza in ospedale psichiatrico, reduce da un precedente ricovero in una clinica fisiologica universitaria. Qui era stata formulata la diagnosi di « asma bronchiale cronico con periodiche acutizzazioni ». La negatività delle prove allergologiche e lo scarso successo della terapia cortisonica avevano sostenuto l'ipotesi di una eziologia psicosomatica.

L'ammalata vive assai male il suo trasferimento nel « reparto neurologico » e non riesce a trovare un nesso fra il nuovo ambiente e la sua sintomatologia. Si sente umiliata dalla situazione e ritiene che l'autenticità della sua sofferenza sia posta in dubbio.

La consulenza psicologica è richiesta dal medico psichiatra del reparto, con uno specifico quesito circa l'indicazione di un trattamento psicoterapeutico. Al primo incontro sono presenti lo psichiatra, lo psicologo, la paziente e suo marito. Quest'ultimo rimane in secondo piano, silenzioso, mentre la moglie, alta, di corporatura armonica, vestita con eleganza non clamorosa, richiama su di sé l'attenzione anche per il respiro dispnoico. Si decide di comune accordo di iniziare un ciclo di colloqui, al fine di saggiare la sua disponibilità ad una psicoterapia.

Alcuni dati anamnestici

Soggetto di 36 anni, di sesso femminile. Mancano elementi

di rilievo nell'anamnesi fisiopatologica familiare e personale, a parte la forma morbosa che ha determinato il ricovero.

La paziente ha trascorso l'infanzia e la giovinezza sino al matrimonio con la famiglia, in un centro della provincia di circa 20.000 abitanti. Il padre, commerciante, è deceduto da 5 anni. La madre, casalinga, vive ora da sola nella casa d'origine. Una sorella, minore di cinque anni, è coniugata, con un figlio. Anche la paziente è sposata da quattro anni con un uomo sano, che svolge attività commerciale, ed ha una bambina di due anni e mezzo. Ha lavorato in precedenza come impiegata, ma da qualche tempo, anche per le sue condizioni di salute, rimane in casa. Livello di studi: diploma di scuola media inferiore. Sia l'ammalata che la sorella vivono in località diverse da quella d'origine.

La sintomatologia in esame è insorta d'improvviso sei anni prima del ricovero, con una grave crisi di apnea.

1° periodo

I colloqui iniziali sono caratterizzati da una forte resistenza del soggetto, che non vuole ammettere una qualsiasi relazione fra disturbo dispnoico e psicoterapia, chiedendo solo nuovi accertamenti clinici per poter trovare il farmaco più idoneo a vincere il male. L'ammalata attribuisce il ricovero in reparto neurologico a mancanza di fiducia nei suoi riguardi da parte dei sanitari, del marito e degli altri parenti, come se tutti considerassero immaginarie la sua malattia e la sua sofferenza. In particolare la reiterata insistenza della sorella in favore della psicoterapia provoca una difesa, efficacemente espressa in queste parole: « se per caso la cura avesse buon esito, lo interpreterei come una vittoria di mia sorella ».

Si pone allora la paziente di fronte a una chiara alternativa: o accettare la terapia come frutto di una decisione autonoma o interromperla. Ne deriva una temporanea sospensione delle sedute, in attesa di una collaborazione più matura. Dopo qualche tempo è lo stesso soggetto a richiedere, con una carica ansiosa, la continuazione del trattamento.

Nelle nuove sedute la signora è dispnoica e parla con difficoltà. E' invitata a rilassarsi, seduta su una poltrona, posta di fronte al terapeuta. Inizia così il racconto della propria storia.

Il primo ricordo infantile evocato riguarda una punizione subita per aver disobbedito al padre: questi l'aveva fatta restare

in ginocchio sopra dei grani di mais. La paziente riferisce di averne riportato, oltre al dolore fisico, una più profonda sofferenza, dovuta alla mortificazione di essere esposta alla vista di tutti in quella posizione umiliante. L'episodio sembra risalire circa ai quattro anni di età.

La descrizione dell'ambiente familiare riflette il dominio della figura paterna, vissuta come molto severa e intransigente. Frequenti erano le punizioni corporali. Grande importanza era attribuita al rispetto della forma nei confronti del vicinato, nel modo di vestire e negli orari di rientro in famiglia, specie la sera. Assai controllata la scelta delle compagnie.

La paziente sottolinea la maggiore autonomia della sorella, meno soggetta all'autoritarismo paterno, con la conseguente acquisizione di un ruolo di superiorità e privilegio. Di qui l'insorgenza in lei di sentimenti contraddittori d'invidia e di ammirazione. La figura della madre, sempre sottomessa al marito, appare secondaria, perché non in grado di rappresentare un'alternativa alla figura paterna.

Il racconto relativo all'infanzia è riassumibile nei ricordi di un padre oppressore e di una sorella privilegiata. La situazione familiare è definita « asfissiante ».

Man mano che la storia procede verso l'adolescenza, si rileva una sempre più accentuata supremazia della sorella minore, che riesce a non preoccuparsi della severità paterna, tenendo anzi nei suoi confronti un atteggiamento oppositore. Tale comportamento è vissuto come segno di « personalità » e di forza.

L'ammalata ricorda, nella sua adolescenza, una relazione sentimentale con un ragazzo un po' più anziano di lei, vissuta con assoluto riserbo, data la carenza di comunicazione con la sorella. L'incontro con la figura maschile destinata a lasciare una traccia profonda avviene molto più tardi, solo a venticinque anni. E' questi un giovane di qualche anno maggiore di lei e di carattere introverso e meditativo. Vive anch'egli una grave situazione d'inferiorità verso il fratello gemello, che sta affermandosi brillantemente nella vita, mentre lui rimane nell'ombra. La paziente intreccia con questo partner un discorso intellettualmente impegnato e si sente infine valorizzata. Va notato che nel frattempo la sorella minore esce volentieri con il gemello.

Interviene a questo punto una circostanza che incide profondamente nel vissuto dell'ammalata. Il suo ragazzo è trovato

morto impiccato. Ha lasciato due lettere, una per i parenti e una per lei, in cui motiva il suo gesto con la sfiducia in sé e nella vita e la scagiona chiaramente da ogni, anche involontaria, responsabilità.

L'accaduto provoca nella paziente una reazione depressiva, ulteriormente aggravata dal comportamento dei familiari che, nell'intento di farle dimenticare la triste esperienza e di evitare le « chiacchiere » della gente, le impediscono con intransigenza di rievocare la figura del fidanzato. Al culmine di questa depressione si manifesta d'improvviso il primo accesso asmatico, di tale intensità da lasciare il soggetto per qualche istante in totale apnea.

Nell'interpretazione profonda del quadro psicosomatico sorge spontanea un'identificazione con il fidanzato scomparso e con il suo tipo di morte. E' interessante inoltre ricordare che l'ammalata aveva descritto più volte l'atteggiamento dei familiari come « soffocante » e negli ultimi tempi addirittura « asfissiante ». Appare chiaro, da tutto ciò, il significato doppiamente simbolico dell'attacco dispnoico.

Dalla prima crisi in poi, la paziente ha continuato a presentare la sintomatologia tipica dell'asma bronchiale. E' facile delineare il suo vissuto soggettivo di base come complesso d'inferiorità verso la sorella e forte svalorizzazione di sé. Il fine nevrotico che la condiziona è il bisogno estremo di richiamare l'attenzione su di sé e in modo particolare di avere una gratificazione da parte della sorella, in realtà mai disposta a gratificarla. Nel contempo l'asma costituisce un'identificazione con il ragazzo suicida, anch'egli oppresso da un sentimento d'inferiorità sociale verso il fratello. Agli accessi asmatici può essere attribuito un significato ricattatorio, diretto inconsciamente ad ottenere attenzione affettiva.

Tipico è il seguente episodio riferito dalla paziente: mentre si trovava in un ambulatorio mutualistico per farsi praticare una iniezione endovenosa e si sentiva trascurata per l'eccessiva affluenza di persone, le era insorto un accesso d'asma, che aveva attirato di necessità su di lei l'attenzione del medico e la compassione dei presenti.

Dopo due anni dall'inizio della sintomatologia asmatica, l'ammalata contrae matrimonio, motivato soprattutto dall'esigenza di una stabilità affettiva e di una protezione umana. Una susseguente gravidanza porta alla nascita di una bambina. La vita

coniugale e il rapporto con la figlia sono notevolmente disturbati dal quasi permanente stato asmatico e dalle sue riacutizzazioni. Di qui il ricorso a numerosi sanitari, sino al ricovero nella clinica fisiologica.

2° periodo

Terminata l'indagine anamnestica, le sedute devono essere sospese, perché la paziente è colta da un episodio febbrile che la costringe a letto. Deve poi essere ricoverata in reparto chirurgico per l'incisione di un ascesso gluteo. Da tempo le erano praticate quotidianamente iniezioni antistaminiche e cortisoniche.

Durante la sospensione delle sedute, la sorella dell'ammalata chiede ed ottiene un colloquio con il terapeuta, nel quale attribuisce i disturbi della congiunta a situazioni incestuose vissute nell'età pre-adolescenziale e adolescenziale. Afferma di aver assistito personalmente, quando aveva cinque anni, ad approcci fra il padre e la sorella. A un'analisi obiettiva tali episodi risultano tutt'altro che probanti, lasciando il sospetto che, durante la fase edipica, la fantasia della secondogenita avesse creato, da premesse insignificanti, immaginarie conseguenze. Appare comunque indubbio che tali ipotesi abbiano influenzato drasticamente la vita psichica dell'interlocutrice. In lei, la gelosia verso la sorella maggiore sembra aver determinato compensazioni aggressive e polemiche verso il padre, l'abbandono della famiglia a soli vent'anni e il conseguimento compensatorio di successi sociali soprattutto nel campo del lavoro. Si giunge così alla spiegazione del suo dominio sulla primogenita, che aveva indotto in quest'ultima, come si è visto, un'accentuazione morbosa del sentimento d'inferiorità, sino a condurla al quadro in esame.

3° periodo

La paziente si ripresenta spontaneamente dopo venti giorni dalla sospensione delle sedute. E' ora disponibile al trattamento e manifesta una notevole caduta delle difese verso il terapeuta. Il suo nuovo orientamento affiora bene in questa frase: « Lei mi dice cosa che mi pare di aver già saputo e di avere poi dimenticato ».

Nel corso della terapia, l'ammalata accetta l'interpretazione che la sua forma asmatica rappresenti un artificio di salvezza di-

retto contro l'ansia, forse da lei giudicata assai più grave della sua somatizzazione. Riconosce infatti di preferire accessi asmatici anche numerosi, piuttosto che una sola crisi di « disperazione ». Accetta l'idea che i suoi sintomi abbiano una finalità « valorizzante » e « contestatoria » verso l'ambiente. Con le crisi, insomma, riesce ad attirare su di sé l'attenzione e assieme a vendicarsi, costringendo tutti al suo servizio. Riconosce inoltre che l'accesso è una « situazione di comodo ».

A questo punto il terapeuta le suggerisce la possibilità di sostituire gli artifici psicosomatici con altre compensazioni, dotate di uguali caratteristiche valorizzanti e contestatorie verso l'ambiente, ma positive. Le si consiglia poi di autoanalizzarsi al momento degli accessi asmatici, per scoprire le eventuali cause contingenti che hanno contribuito a determinarli.

In breve tempo il soggetto riesce a compiere con discreta facilità questa indagine, in seguito completata e approfondita durante la seduta terapeutica. Si riscontra che in generale la sintomatologia dispnoica insorge dopo percezioni auto-svalorizzanti.

Tipico, a questo proposito, è il racconto della « cena con un parente del marito ». In occasione di questo invito, si era sentita trascurata dal marito. Era comparso allora ad hoc un attacco d'asma, che le aveva consentito di non partecipare al pranzo e di rovinare per vendetta la serata. Era rincasata sola dal ristorante e il marito era stato costretto a telefonarle ripetutamente per accertarsi delle sue condizioni di salute.

In poche settimane la paziente prende coscienza con grande intensità della sua « finzione di comodo » e ne è disturbata sul piano morale. Le diviene insopportabile il pensiero di essere considerata sofferente; se qualcuno la compiangere, diventa irascibile.

Nel contempo affiora in lei l'esigenza di intraprendere una attività socialmente valida, con implicazioni d'incremento della autostima e di sfida all'ambiente. Concretizza quindi l'idea di aprire una boutique di abbigliamento femminile. La scelta sembra esprimere il bisogno di contrapporsi alla sorella, già affermata come arredatrice.

Il nuovo impegno prende corpo nella ricerca del locale e nei primi accordi. Tutto si svolge all'insaputa dei parenti e in particolar modo della sorella, nell'intenzione d'informarli « a cosa conclusa e realizzata ».

A questo punto le sedute subiscono l'interruzione di un

mese, per assenza del terapeuta. Alla ripresa dei colloqui, la signora riferisce di non aver più presentato accessi asmatici, salvo una lieve crisi prima della seduta (interpretata come frutto della esigenza di non essere abbandonata e di poter continuare la terapia). Aggiunge di aver sospeso ogni cura farmacologica, di sentirsi sicura e decisa a concludere il contratto di affitto del negozio.

4° periodo

La sorella della paziente chiede di essere ricevuta dal terapeuta, conferma la validità dei risultati ottenuti, ma si mostra curiosa di sapere se dalle sedute sono emersi gli episodi incestuosi da lei prima segnalati. Il richiamo al vincolo del segreto professionale suscita in lei ansia. Insiste ripetutamente sulla veridicità delle sue affermazioni. Al termine del colloquio è comunque rassicurata sull'utilità del suo intervento e della sua collaborazione. Le è precisata però la negatività terapeutica di un confronto diretto fra le due sorelle alla presenza del terapeuta.

L'ammalata riprende le sedute ed appare notevolmente depressa. Riferisce che l'asma è ricomparso, con la necessità di ricorrere ad iniezioni cortisoniche. Annuncia di avere accantonato l'idea della boutique perché « non ce la può fare ».

Dall'analisi emerge che il giorno precedente vi era stato un colloquio fra le due sorelle, durante il quale era trapelato il progetto relativo alla boutique. La secondogenita si era dichiarata contraria all'iniziativa, giudicandola una « pazzia » per le troppe difficoltà e per la mancanza di esperienza nel settore. La paziente riprende a parlare della sua inferiorità verso la sorella e della sua incapacità. Afferma di tenere in serbo l'idea della boutique, ma di considerarla per il momento irrealizzabile.

Si procede all'analisi del suo « fine ultimo », identificato nel compiacere la sorella. Il soggetto conferma l'interpretazione, adducendo l'esempio che, persino nella scelta dei vestitini per la sua bambina, si pone sempre il quesito « piaceranno a mia sorella? » « potrà criticarli? » « farò brutta figura con lei? ». Il terapeuta insiste nell'illustrarle la necessità di spostare la sua motivazione vitale verso un fine più maturo. Il suo stile di vita è giudicato infantile e non correlato al suo sviluppo intellettuale. Il marito e la figlia assumono, in tale contesto, un ruolo subordinato.

In questo stadio dell'analisi si ha l'impressione di aver

raggiunto l'acme interpretativo della dinamica profonda del soggetto. Oltre agli elementi già esposti, si avverte l'ambivalenza fra la rinuncia nella competizione con la sorella e la rivalsa aggressiva verso la famiglia. La malattia consente di non agire, evitando accuse d'incapacità. Tali concetti sono illustrati in una serie di sedute alla paziente, che prende a gradi coscienza dei propri dinamismi profondi.

Si spiega quindi all'ammalata la gelosia della sorella nei suoi confronti riguardo alla figura del padre, accennando anche a sue probabili fantasie d'incesto. La paziente conferma la predilezione del padre per lei e la gelosia della sorella, culminata nella fuga da casa. Si chiarisce che ora, per la secondogenita, è importante mantenere questo equilibrio: conservare l'autonomia e la supremazia sociale in sostituzione dell'amore del padre.

Nel procedere della terapia, si sviluppa un transfert filiale verso il curante, anche se la paziente ha difficoltà a prenderne coscienza. Si constata in ambedue le sorelle una tendenza regressiva, che le porta a vivere frequentemente insieme e a rievocare gli episodi della prima giovinezza, con predilezione per i luoghi in cui sono accaduti (ad esempio sono andate con amici di un tempo a ballare in un vecchio locale del paese d'origine). Quando il soggetto si reca dal terapeuta, la sorella l'accompagna e l'attende fuori, sorvegliando i bambini di entrambe. La sorella è gelosa dell'analista, vissuto come figura paterna, poiché sembra prediligere la paziente. Tale situazione è attenuata dal sentirsi sua collaboratrice (è lei che ha consigliato il trattamento con lui e gli è accomunata dai precedenti colloqui riservati). L'ammalata, d'altra parte, si sente valorizzata perché le pare di avere l'esclusività del terapeuta.

Le crisi asmatiche, intanto, sono nuovamente scomparse. La cura farmacologica è stata totalmente sospesa. Il soggetto tralascia persino di portare con sé l'apparecchietto delle inalazioni (ultimo sganciamento dalla situazione di malata), mentre in precedenza il solo pensiero di averlo dimenticato provocava una crisi. Le richieste della paziente acquistano un carattere più intellettualizzato, sino alla domanda di leggere qualche lavoro scientifico dello psicologo.

Questa tendenza è incoraggiata, in quanto valorizzante per il soggetto, che si sente considerato e può contrapporre alla sorella la sicurezza della stima qualificata del terapeuta.

BIBLIOGRAFIA

- ADLER A.: *Psicologia individuale e conoscenza dell'uomo*. Newton Compton Ed., Roma, 1975.
- DREIKURS R.: *Lineamenti della psicologia di Adler*. La Nuova Italia, Firenze 1968.
- ELLENBERGER H.F.: *La scoperta dell'inconscio*. Boringhieri, Torino 1972.
- FARAU A. - SCHAFFER H.: *La psicologia del profondo*. Astrolabio, Roma 1962.
- ORGLER H.: *Alfred Adler*. Astrolabio, Roma 1970.
- PARENTI F.: *Manuale di Psicoterapia su base adleriana*. Hoepli, Milano 1970.
- PARENTI F. E COLL.: *Dizionario Ragionato di Psicologia Individuale* - Cortina Ed., Milano 1975.
(anche per la bibliografia completa delle opere di A. Adler).
- WEISS E. - ENGLISH O.S.: *Medicina psicosomatica*. Astrolabio, Roma 1965.
- WOLMAN B.L.: *Manuale delle tecniche psicoanalitiche e psicoterapeutiche*. Astrolabio, Milano 1974.