

## **Il significato del sintomo: un approccio adleriano alla Psicodiagnosi**

SILVIA RONDI

*Summary* – THE MEANING OF THE SYMPTOM: AN ADLERIAN APPROACH TO PSYCHODIAGNOSIS. In accordance with Alfred Adler's theoretical framework, the objective of this paper is to demonstrate, through the examination of several clinical cases, that symptoms represent not merely pathological manifestations, but rather, they are indicative of unconscious objectives that are intricately interwoven with the individual's tendency to perceive reality in a specific manner. This perspective stands in contrast to conventional psychiatric nosology, which characteristically categorises psychopathological conditions without acknowledging the subjective significance of the symptoms and consequently their symbolic function. Furthermore, the concepts of normality and neurosis frequently exhibit partial overlap, and even in more severe cases, intermediate or transitional forms are often evident. This complicates the establishment of clear diagnostic boundaries. Furthermore, the analogy between individuals with the same disorder or similar symptoms is often minimal. A study of three cases demonstrated how depression can be understood in different ways depending on the individual's schema of apperception. In summary, the aim of this analysis is to demonstrate that an Adlerian perspective can offer a deep interpretation of the symptom as a functional expression of unconscious dynamics, rather than a simple diagnostic datum. This paradigm shift has significant implications for clinical intervention and patient comprehension.

*Keywords:* SYMPTOM, STYLE OF LIFE, FINAL GOAL, DEPRESSION, FICTIONS, PSYCHODIAGNOSIS

*Abstract* – IL SIGNIFICATO DEL SINTOMO: UN APPROCCIO ADLERIANO ALLA PSICODIAGNOSI. Partendo dal framework teorico offerto dalla Psicologia Individuale di Alfred Adler, l'obiettivo di questo contributo è dimostrare, attraverso l'analisi di alcuni casi clinici, che i sintomi non rappresentano semplicemente manifestazioni patologiche, ma indicano obiettivi inconsci strettamente legati alle specifiche modalità secondo le quali il soggetto percepisce la realtà. Questa prospettiva si contrappone alla nosologia psichiatrica tradizionale, che tende a classificare le condizioni psicopatologiche senza considerare il significato soggettivo dei sintomi e, quindi, la loro funzione simbolica. Poiché normalità e nevrosi sono condizioni spesso parzialmente sovrapposte ed anche nelle condizioni psicopatologiche più gravi non di rado si osserva la comparsa di forme intermedie o di transizione, sembra difficile definire caselle diagnostiche rigide. L'analogia tra individui con lo stesso disturbo o sintomi simili è spesso minima. In questo breve contributo, lo studio di tre casi accomunati dalla saturazione degli stessi criteri diagnostici vuole quindi dimostrare come la un disturbo possa declinarsi in modi differenti, a seconda dello schema di appercezione del soggetto. In sintesi, l'obiettivo di questa analisi è mostrare come la prospettiva adleriana possa offrire un'interpretazione profonda del sintomo, considerandolo quale espressione funzionale delle dinamiche inconse, piuttosto che quale semplice dato diagnostico. Questo cambio di paradigma ha implicazioni significative per l'intervento clinico e la comprensione del paziente.

*Parole chiave:* SINTOMO, STILE DI VITA, META FINALE, DEPRESSIONE, FINZIONI, PSICODIAGNOSI

## I. Introduzione

Da sempre, la nosografia e la nosologia psichiatrica hanno per scopo la caratterizzazione, l'ordinamento e la sistematizzazione complessiva delle manifestazioni psicopatologiche: a partire dalla disamina dei diversi disturbi psichici, il traguardo ideale è rappresentato dalla costruzione di un sistema classificatorio fondato su criteri virtualmente univoci tali da consentire l'identificazione e la collocazione di ogni disturbo psichico che possa affliggere l'individuo.

Questa meta si scontra con la constatazione che, nella pratica, raramente i criteri diagnostici sono in grado di fornire una descrizione pienamente euristica del disturbo: dal punto di vista fenomenologico solo in pochi casi ci troviamo di fronte a nette linee di demarcazione tra i diversi quadri clinici. Non solo normalità e nevrosi sono condizioni talora in parte sovrapponibili, ma anche nell'ambito di condizioni di maggiore gravità, si osserva non di rado la comparsa di forme intermedie o di transizione.

In definitiva, sembra difficile definire delle caselle diagnostiche rigide per cui tra due persone ipoteticamente affette dallo stesso disturbo o che manifestano analoghe costellazioni sintomatologiche si possono spesso individuare solo modeste analogie.

L'etichetta diagnostica non è in grado da sola di dare un senso ai disagi portati dalla persona nella sua richiesta di aiuto e non è sufficiente ai fini dell'impostazione di un piano terapeutico: ogni ordinamento nosografico sembra così destinato a mantenersi in bilico tra un sistema stabile ma rigido e lontano dalla realtà clinica oppure troppo fluido e disperso nel quale individuare dei casi tipici.

In questo breve contributo, vengono presentati tre casi per mostrare come tra diverse condizioni cliniche accomunate dalla saturazione dei medesimi criteri nosografici sia possibile individuare al più alcune similarità fondamentali: due quadri ansiosi o depressivi, due disturbi da attacco di panico, due ipocondrie possono connotarsi in modo profondamente diverso, perché rette da differenti schemi di appercezione, in funzione delle mete finzionali del soggetto. Non va dimenticato infatti che il sintomo stesso è prodotto del sé creativo e portatore di un significato che travalica il sintomo stesso.

Ci si vuole interrogare, quindi, su quali elementi ci possano veramente supportare, in quanto clinici, verso una risoluzione almeno parziale del problema del paziente, ricordando il significato originario ed etimologico del termine *diagnosi* che implica un processo "in progress", intellettuale e analitico, di acquisizione della conoscenza volto a identificare e comprendere lo stile di vita.

## II. *La visione teleologica dell'essere umano come raod map, tra aspirazione alla superiorità, compensazioni, e meta finale finzionale*

Descriviamo l'uomo, secondo la visione teleologica, come mosso da dinamismi che, nell'affondare le loro radici nel passato, lo orientano verso il futuro: in particolare, Adler scrive che ogni espressione vitale e, in tal senso, anche ogni sintomo è *“il luogo di convergenza del passato, del presente e dell'avvenire, governati da un'idea superiore, direttrice”*. (1, p. 8). Qualsiasi processo mentale trova così la propria genesi in una serie di antecedenti e deriva da un processo precedente ma, al tempo stesso, il passato costituisce una valida guida per preordinare il futuro.

Altro pilastro dell'impianto teorico adleriano è quello di *compensazione*, mutuato dalla medicina, che indica un artificio per superare e gestire il sentimento d'inferiorità: la concettualizzazione del compenso di un'inferiorità percepita attraverso la psiche muove da quello di inferiorità organica, introdotto da Adler nel 1907. Questo apre lo sguardo al finalismo causale adleriano.

Il fine inconscio è sempre autoprotettivo, anche se molti disturbi nevrotici, e non solo, sono la risultante di una compensazione innaturale del sentimento di inferiorità: tutti gli esseri umani utilizzano attivamente compensazioni per sanarlo, ma occorre comprendere se tali artifici si collocano sul lato utile della vita o su quello inutile, per quanto non sia sempre facile capire cosa può essere utile e cosa no.

Così, una compensazione può essere valutata anche in funzione del grado di distanza o vicinanza rispetto alla realtà comunitaria: le compensazioni positive permettono di indirizzare il cammino personale verso mete di autentica valorizzazione e realizzazione di sé, mentre quelle negative possono accompagnare un'amplificazione esagerata dell'autostima e dell'immagine di sé, qualificandosi come supercompensazioni che alimentano il complesso di superiorità e riducono la considerazione delle altre persone, rafforzando una concezione di sé e del mondo che penalizza o annulla il contatto con la realtà e accresce le difficoltà con il mondo esterno.

In tal senso, le finzioni diventano il mezzo di cui il Sé creativo dispone per accomodare gli stimoli provenienti dal mondo esterno, fronteggiando la molteplicità dei dati esperienziali sino a forzarli in una struttura *“soggettivamente oggettiva”* ed internamente coerente, configurandosi come *“rappresentazioni aperte verso il polo progettuale dell'individuo, animate da una tensione verso una meta ideale”* (18, p. 84), non a caso definita *‘meta finale finzionale’* (7, pp. 85-88).

Le finzioni racchiudono complesse teorie sul sé, sull'altro e sul mondo, si configurano come idee guida, che fanno da filo conduttore alle scelte ed alle decisioni della persona, ovvero come artifici che la mente struttura per gestire l'insicurezza a fronte della complessità.

Esse si organizzano progressivamente nell'arco di vita per rendere gestibile e tollerabile il connaturato sentimento di inferiorità. Alla luce di esse, anche le manifestazioni psicopatologiche risultano comprensibili.

Adler ha fornito indicazioni per ricercare elementi essenziali a tratteggiare lo stile di vita: la costellazione familiare, la posizione del soggetto all'interno della famiglia, l'ordine di nascita, la cultura della famiglia rispetto ai temi fondamentali della vita, raccogliendo aspetti concreti ed elementi di tipo descrittivo ed anche esplorando l'infanzia attraverso la rievocazione dei primi ricordi e delle esperienze vissute in momenti significativi di trasformazione e cambiamento.

Ogni persona costruisce infatti i suoi artifici per compensare il sentimento di inferiorità e per indirizzare la propria energia vitale sul lato utile o inutile.

Come citato in Marasco, secondo Shulman, la formulazione di una diagnosi presuntiva deve mirare a rispondere a diverse domande:

1. Esiste un complesso di inferiorità e qual è la sua origine?
2. Qual è la linea direttrice seguita dal paziente nella sua lotta per superare l'inferiorità percepita?
3. Come si relaziona questa linea direttrice con ciò che la società considera un "corretto livello di cooperazione"?
4. Qual è la specifica mancanza che ha impedito una corretta risposta ai problemi comunitari (scoraggiamento, mancanza di fiducia in sé, inadeguatezza sociale, carente cooperazione, ecc.)?
5. Quali sono i comportamenti evitanti del paziente e come elude il problema?
6. Quali artifici e trucchi utilizza il paziente per sentirsi almeno fittiziamente superiore nonostante eviti di affrontare il problema?
7. Quali mezzi adotta per mostrare la sua potenza? [5].

### *III. Il sintomo come scelta inconscia di significati: la depressione sotto la lente della Psicologia Individuale*

Seguendo la linea coerente del finalismo, il sintomo è innanzitutto una scelta attuata dall'inconscio: esso fa parte del piano di vita e delle progettualità dell'individuo che hanno inconsapevolmente creato le condizioni che hanno portato all'esordio della psicopatologia.

Come tale, il sintomo è un simbolo, per cui non avremo mai due disturbi d'ansia o due disturbi depressivi uguali tra loro, in quanto diversi sono gli individui che hanno scelto quei sintomi per veicolare significati del tutto personali, utilizzando una inedita rete finzionale, in armonia con la linea direttrice che ne muove lo psichismo e in senso più ampio con il piano di vita, con lo stile di vita: il finalismo del sintomo, pur nell'ambito di una medesima area diagnostica, ne può modificare in modo fonamen-

tale il significato, offrendo al clinico spunti completamente differenti per impostare un piano terapeutico.

Con particolare riferimento alla eziopatogenesi depressiva, in La conoscenza dell'uomo [5] Adler mette in evidenza l'esistenza di specifici tratti o elementi dello stile di vita tali da favorire lo sviluppo di un episodio depressivo: egli sottolinea infatti che, per quanto sia sempre un fattore esogeno a scatenare la nevrosi, la risposta del soggetto è strettamente determinata anche dallo stile di vita pre-morboso che configura finalità eminentemente inconse.

Scriva Adler: *“Se cercate la struttura di una nevrosi, potrete vedere prima un certo problema, il fattore esogeno. Un fattore esterno innesca la nevrosi. A questo punto la persona dà l'impressione di voler risolvere il suo problema, ma insiste sul fatto che l'irritazione del sintomo nevrotico la ostacola. Questo indica un aumento dell'irritazione e delle sue conseguenze. Pertanto, se si capisce la nevrosi, si ottiene una definizione. Questa significa: “Sì, ma...”. Una pausa ed una ritirata caratterizzano la nevrosi. Significa utilizzare l'irritazione che si origina in una persona che non si sente abbastanza forte per risolvere un problema. In questo modo raggiunge la meta di superiorità che ha deciso adesso”*. (38, pos. 2404).

In altre parole, l'individuo può utilizzare i sintomi per evitare situazioni che percepisce come minacciose o difficili. Questo porta a una pausa e una ritirata, dove l'irritazione e l'ansia sono usate come scuse per evitare di affrontare i problemi: la nevrosi è vista quindi come un modo per raggiungere la superiorità attraverso l'uso dei sintomi.

Come anticipato, saranno oggetto di approfondimento tre casi clinici in cui la sintomatologia depressiva viene “utilizzata” secondo finalismi molto differenti, tali per cui nel primo e nel secondo caso è stata possibile una rapida remissione mentre nel terzo il processo di riorientamento lungo il lato utile della vita è stato molto più lungo e complesso.

Enrico, uomo di 53 anni, sposato con due figlie di 18 e 21 anni, manager di successo all'interno di una grande azienda e soddisfatto del suo lavoro, a maggio 2023 inizia un percorso lamentando una forte sintomatologia depressiva, con scoppi improvvisi di pianto, perdita di peso, difficoltà ad alimentarsi, tristezza, difficoltà nell'addormentamento, pensieri negativi sul sé, sul futuro e sul mondo.

Riconosce tuttavia che, nonostante i sintomi riportati, egli non abbia perso il piacere di vivere ma sia anzi orientato più che in passato a fare nuove stimolanti esperienze. Il sintomo depressivo sembra quindi una risposta paradossale ai bisogni manifestati al momento della presentazione. Esso potrà essere compreso alla luce dello stile di vita e del contesto.

Veronica, giovane paziente ipocondriaca di 22 anni, inizia il percorso psicologico con una richiesta di quantificazione del danno esistenziale causatole dall'assenza del padre. A fronte di tale richiesta, viene condotto un assessment psicodiagnostico completo a seguito del quale, decide di abbandonare l'idea della rivendicazione legale e di iniziare un percorso di psicoterapia. In tal senso, essa sceglie, come vedremo, di declinare la sua ipocondria, sino ad allora orientata al corpo, sul versante psicologico scivolando nei meandri di un pesantissimo episodio depressivo.

Celeste, 21 anni inizia la psicoterapia convinta che il lavoro psicologico potrà esserle utile per migliorarsi e migliorare il rapporto conflittuale con i suoi familiari. Dice però di non voler rinunciare ai suoi sintomi, che si possono descrivere come attacchi depressivi ricorrenti che la costringono a letto ed in solitudine per una o due settimane consecutive.

Il sintomo, per quanto difficile da conciliare con la vita di una giovane universitaria, rappresenta una soluzione tutto sommato egosintonica: Celeste gli riconosce un'utilità anche se non è in grado di definirla in modo consapevole.

Secondo una prospettiva nosografica classica, tutti e tre i casi saturano un numero sufficiente di criteri per porre una diagnosi di disturbo dell'umore<sup>1</sup>, ma tra i tre pazienti "depressi" sussistono soltanto alcune similarità dal punto di vista psicodinamico: ciò che permetterà di comprenderli a fondo ed orientare l'intervento sarà l'intuizione del significato dei sintomi nell'ambito del piano di vita dell'individuo.

Per ciascuno dei casi, secondo le linee guida del nostro approccio saranno quindi riportati:

- una breve storia clinica,
- compiti vitali al momento della presentazione,
- costellazione familiare,
- primi ricordi.

<sup>1</sup> Il DSM individua 5 criteri per porre una diagnosi di disturbo depressivo maggiore: 1) Umore depresso per la maggior parte del giorno, quasi tutti i giorni, come riportato dall'individuo o come osservato da altri. 2) Marcata diminuzione di interesse o piacere per tutte, o quasi tutte, le attività per la maggior parte del giorno, quasi tutti i giorni. 3) Significativa perdita di peso, non dovuta a dieta, o aumento di peso, oppure diminuzione o aumento dell'appetito quasi tutti i giorni. 4) Insonnia o ipersonnia quasi tutti i giorni. 5) Agitazione o rallentamento psicomotori quasi tutti i giorni. 6) Faticabilità o mancanza di energia quasi tutti i giorni. 7) Sentimenti di autosvalutazione o di colpa eccessivi o inappropriati, quasi tutti i giorni. 8) Ridotta capacità di pensare o di concentrarsi, o indecisione, quasi tutti i giorni. 9) Pensieri ricorrenti di morte (non solo paura di morire), ricorrente ideazione suicidaria senza un piano specifico o un tentativo di suicidio o un piano specifico per commettere suicidio, con almeno uno dei sintomi 1) o 2).

## A. La depressione come richiesta di validazione: il caso di Enrico

### *Motivo della presentazione e compiti vitali*

Enrico (53 anni) lamenta una perdita di interesse per il lavoro ed un calo di concentrazione nella maggior parte del tempo: il lavoro aveva rappresentato, fino all'esordio depressivo, una delle principali vie di compenso. Per contro, è aumentato il suo interesse per gli aspetti edonistici del vivere, prima trascurati: ricerca maggiori relazioni sociali, investe tempo nella lettura e non appena possibile partecipa ad eventi, concerti e mostre d'arte.

Coltiva la passione della cucina e l'amore per la natura. Ciò si accompagna, tuttavia, ad un umore prevalentemente depresso, con frequenti scoppi di pianto, forte malinconia e pensieri disforici relativi alla brevità della vita, una importante perdita di peso. Questo non gli impedisce di investire le energie residue nel mantenimento dei propri legami sociale ed amicali con i colleghi.

I rapporti con la famiglia di origine sono solidi e buoni. Tiene molto alle proprie figlie, con le quali ha un rapporto affettuoso ed armonico, mentre vive con crescente difficoltà l'insofferenza della moglie Serena, che si rivolge sia ai sintomi, sia ai nuovi interessi giudicati come *"incomprensibili perché non si cambia dopo i cinquant'anni"*. Il rapporto difficile con Serena rappresenta l'elemento più doloroso per Enrico.

### *Costellazione familiare*

*"La mia famiglia era una tipica famiglia dell'epoca (anni 60-70): il padre poco presente, la mamma affettuosa. Con lei ho avuto un rapporto privilegiato: era accogliente e dolce. Mi ha sempre tenuto in grande considerazione mentre era meno affettuosa con le mie sorelle. Mio padre era distante e poco presente. Spesso invitava a casa gli amici a tarda sera e mamma si ritirava con noi nel reparto notte. Con Teresa era spesso aggressivo e violento. Lei non riusciva a stare zitta, gli teneva testa. Io e Claudia imparammo invece ad evitare lo scontro e a comportarci come richiesto."*

### *Primi ricordi*

1) Una delle prime cose che mi ricordo è un periodo in cui non volevo dormire da solo e passavo delle ore sul divano con mia mamma. Io volevo andare nel lettone, dove c'era il babbo, che però non era disponibile (5/6 y).

2) Ricordo le crisi convulsive di Claudia (secondogenita) e lo spavento quando venne ricoverata all'ospedale pediatrico. I piccoli non potevano entrare e Claudia veniva a salutarmi alla finestra (io avevo 5 o 6 anni, lei 7 o 8). Il rapporto era molto tenero. È la persona della famiglia che più abbiamo protetto, non sempre facendo il suo bene.

3) Ho un ricordo, una fotografia dell'asilo: avrò avuto 3 o 4 anni. Io passeggio vestito da Zorro con un'amichetta vestita da fata. Non so perché mi è rimasta impressa.

4) Ho un ricordo scioccante: mia sorella maggiore e mio padre avevano un rapporto conflittuale: quando ero ancora molto piccolo, diventò violento con Teresa ed io ero terrorizzato. Ricordo Teresa rannicchiata in un angolo e la mamma che lo tratteneva. Teresa ha cinque anni più di me. Lei rispondeva sempre al papà ed io ero arrabbiato con lei per questo. Io e Claudia, invece, imparammo a non farlo.

5) Un bel ricordo: la mattina io e le mie sorelle andavamo a scuola da soli percorrendo un grande viale alberato che in autunno si riempie di foglie. La mamma ci faceva attraversare la strada e poi proseguivamo da soli fino a scuola.

#### *Direttrici finalistiche e implicazioni sul trattamento*

Dal punto di vista strettamente nosografico Enrico soddisfa contemporaneamente 5 criteri su 9 per un periodo superiore alle 2 settimane 5 dei 9 sintomi identificati dal DSM V per il Disturbo Depressivo Maggiore; in particolare umore depresso (1), significativa perdita di peso (3), insonnia quasi tutti i giorni (4), sentimenti di autosvalutazione o di colpa eccessivi o inappropriati, quasi tutti i giorni (7), Ridotta capacità di pensare o di concentrarsi, o indecisione, quasi tutti i giorni (8).

Come psicoterapeuti adleriani, occorre interrogarsi innanzitutto in merito al significato del sintomo: comprendere cosa il sintomo offra al paziente e quali compensazioni esso introduca nella sua vita ci permetterà infatti di co-costruire insieme all'individuo una modalità di compenso che non transiti attraverso la patologia.

Raccogliendo gli elementi connessi ai compiti vitali, i primi ricordi e le notizie della costellazione familiare, possiamo fare alcune prime congetture rispetto al valore della sintomatologia depressiva nella situazione attuale: nei primi colloqui, Enrico insiste particolarmente sull'idea della brevità della vita, degli anni che restano, si domanda per quanto tempo ancora si potrà dedicare con intensità alle sue passeggiate in montagna. Nonostante la forte disforia, ricerca attivamente la presenza femminile nella forma di intense amicizie che stringe prevalentemente nel contesto lavorativo. Desidera inoltre provare nuove esperienze alle quali in passato non aveva mai pensato, come il paracaduto ed il viaggio, e si dedica ad attività che prima non aveva tempo di coltivare come la lettura. Aumenta anche la propria presenza sui social, dove ama condividere frasi tratte da libri o poesie, fotografie di luoghi o momenti di vacanza.

Sembra che questi piccoli cambiamenti che egli sta cercando di apportare alla propria vita nel tentativo di recuperarne il senso, suscitino un grande fastidio nella moglie, alla quale è legato da oltre trent'anni: essa non accetta la sua deviazione da una linea consolidata, che da sempre prevedeva il suo dividersi tra la casa e l'ufficio ed è parti-

colarmente contrariata dalle sue amicizie femminili, con frequenti illazioni circa una dubbia moralità del marito.

La relazione diventa un luogo poco confortevole e teatro di frequenti scontri. Enrico vive il conflitto con grande difficoltà, come risulta evidente anche dalla storia familiare e dai primi ricordi, dove la presenza di un padre aggressivo e di una situazione conflittuale tra questi e la sorellina maggiore creava un clima traumatizzante. In famiglia, apprende quindi l'arte dell'adattamento, impara che i propri bisogni possono trovare una soddisfazione nella connessione con il materno ed un femminile accogliente, ma consolida uno stile di vita basato su una sostanziale adesione ad un modello imposto.

In tal senso, attraverso il dialogo socratico, comprendiamo che la depressione di Enrico assume il significato di una fortissima comunicazione alla moglie: dopo la morte della madre, Enrico ha perso il contatto con quel femminile accudente che essa gli garantiva e che lo validava dal punto di vista affettivo ed interpersonale, sente che il tempo della vita si assottiglia e cerca nuovi significati e nuove esperienze.

A fronte della presenza fredda, distaccata e giudicante della moglie, l'*extrema ratio* sembra essere una crisi depressiva attraverso la quale egli vorrebbe avvicinarla. Purtroppo, la struttura rigida della moglie non sembra in grado di accordare comprensione ad Enrico. Tuttavia, attraverso la costruzione di una relazione terapeutica affettiva e validante, la crisi depressiva si risolve in un periodo relativamente breve.

Dopo avere condiviso con Enrico il significato della sintomatologia ed avere progressivamente incontrato e disvelato le finzioni nell'ambito di un rapporto supportivo e dialettico, Enrico si è sentito sufficientemente forte da sostenere le estenuanti critiche della moglie: la dinamica conflittuale di coppia sembra basarsi sull'inferiorizzazione morale di Enrico e la stimolazione del senso di colpa.

Come spesso mi capita di osservare anche con i miei stessi pazienti, il cambiamento è certamente più complicato se le condizioni al contorno sono poco facilitanti, come in questo caso: l'atteggiamento della moglie è infatti teso a scoraggiare il cambiamento. Tuttavia, a partire dalla scelta della psicoterapia, egli riesce ad accettare il peso del conflitto pur di costruire uno stile di vita maggiormente armonico e in linea con i propri desideri.

B. La depressione come teatro ipocondriaco: il caso di Veronica

#### *Motivo della presentazione e compiti vitali*

Veronica (21 anni) riceve il mio contatto da un avvocato con il quale mi capita di collaborare in ambito forense, per effettuare una serie di incontri finalizzati a richiedere al padre un risarcimento economico per i danni esistenziali che egli le avrebbe inferto nell'infanzia. Si presenta al primo incontro con la madre, che la aiuta ad introdurre

brevemente la storia di vita: dopo due anni dalla nascita di Veronica, la madre si separa da un padre abusante sia psicologicamente, sia fisicamente. La separazione è conflittuale ed aggravata dal tentativo dell'uomo di far risultare la madre psichicamente labile ed inadeguata, tentativo che fallirà ma non senza strascichi.

Nella primissima infanzia, Veronica dovrà sopportare una lunga trafila di incontri con assistenti sociali e psicologi nell'ambito di un procedimento forense, nel quale a più riprese sentirà fortemente il pericolo di essere separata dall'amata figura materna.

### *Costellazione familiare*

La famiglia di Veronica è numerosa e composita: la madre Livia ha ancora entrambe i genitori, molto affezionati a Veronica, e due fratelli con mogli e nipoti strettamente legati al nucleo materno. Essa vive comunque da sempre con la madre e per un periodo, tra gli 8 ed i 14 anni, con l'uomo che divenne il suo compagno (Simone).

La madre è una figura essenzialmente positiva per quanto gravata da una storia personale difficile: unica femmina in un contesto di tipo patriarcale, cresce in una grande famiglia allargata. Non riceve dal padre considerazione e sostegno, non riesce a terminare un percorso di studi.

A seguito del fallimento della fiorente impresa familiare, lamenta spesso difficoltà economiche: impiegata come operaia in un'impresa, è costretta a turni ed orari pesanti. Veronica lamenta spesso l'inversione genitoriale: se nei momenti di difficoltà è vero che la madre le offre costantemente il proprio sostegno, nella vita di tutti i giorni la percepisce come poco incline a prendersi cura di lei.

La persona del padre è scotomizzata dalla vita psichica di Veronica, che prende attivamente le distanze da lui sin dalla primissima infanzia: nel giro di pochi anni egli si risposerà con una donna a sua volta violenta ed instabile, dalla quale avrà due figli che Veronica non conosce e con i quali non desidera intrattenere alcun rapporto. Per lungo tempo egli incarna la figura del persecutore e dello stalker nella vita di Veronica e della madre, tormentando Livia e impedendole di avere una vita normale.

Come Veronica ben comprende, la sua presenza nei primi anni della bambina sembra finalizzata a destabilizzarle e nulla più. Egli non contribuirà in alcun modo allo sviluppo affettivo della bambina e nemmeno contribuirà se non in minima parte al suo sostentamento economico. Come si evince dai primi ricordi, tutti caratterizzati da una radice traumatica, non vi è alcun ricordo a valenza affettiva positiva legato alla figura paterna. I nonni materni costituiscono per Veronica una importante risorsa nell'infanzia, anche se a seguito del fallimento dell'impresa di famiglia, qualche ombra è scesa sulla figura del nonno.

### *Primi ricordi*

I primi ricordi sono segnati dai vissuti traumatici della primissima infanzia:

1) Ho sempre un primo ricordo (4 o 5 anni) che mi viene in mente: come molte altre volte, stavo giocando con mia mamma nel parco vicino alla casa al lago dei nonni. Poi è arrivato mio papà. La mamma aveva fatto venire i nonni, perché aveva paura. Incontravamo sempre mio padre in luoghi pubblici.

Quando arrivò, ricordo distintamente l'odore del vino. Ho capito che era in uno stato di alterazione. Ovviamente, il collegamento al fatto che poteva essere ubriaco l'ho fatto molto tempo dopo. Ricordo chiaramente la paura sul volto di mia madre. Lei mi dice di andare a giocare ma io non voglio allontanarmi per proteggerla. Poi litigarono. Il nonno scese dalla macchina per intervenire. Non ricordo altro, se non che ebbi molta paura e che piansi molto.

2) Mi viene in mente un altro episodio: ho sempre avuto la fissa delle foto anche da bambina. Ho svuotato il cassone delle bambole, poi le ho messe tutte intorno a me formando due cerchi concentrici. Erano tantissime. Adoravo tutte le mie bambole, tanto che le ho conservate anche se rotte o rovinate. Poi feci tante fotografie perché non volevo dimenticarle. Ero felice perché la mamma e la nonna giocavano con me. A volte anche il nonno giocava.

3) Un giorno la psicologa mi chiese di disegnare un albero: ero preoccupata perché la mamma mi aveva spiegato che dovevo disegnare un albero bello, con il tronco forte e frondoso, con fiori e frutti. Poi mi spiegò che temeva che, se l'albero fosse stato brutto, l'avrebbero valutata male.

4) Un giorno sentii l'assistente sociale dire alla mamma che c'era la possibilità che io fossi allontanata anche dal nucleo materno se la psicologa non li avesse considerati idonei a crescermi. Ne fui terrorizzata. Non volevo più lasciare la mamma nemmeno per andare a scuola. Poi questa cosa mi accompagnò a lungo. Per fortuna la mamma venne valutata idonea.

5) Odio fare la doccia. Qualche tempo fa la mamma se ne è uscita con una delle sue bombe: "Sai, è da quando sei piccola che odi la doccia. Non hai più voluto farla dopo che un giorno, quando avevi più o meno tre anni, non volendo lavarti, tuo padre ti spinse violentemente sotto la doccia, vestita, aprendo l'acqua fredda. Da allora riuscivo a convincerti soltanto riempiendo la vasca da bagno con acqua calda e tanti giochi". Un ricordo riportato.

6) Mi raccontarono che molte volte la zia, sorella di mio padre, mi sottraeva alla mamma e mi portava via, forse per farmi fare una passeggiata, chiudendo in casa la mamma. Lei urlava ma la lasciavano lì molto a lungo.

*Direttrici finalistiche e implicazioni sul trattamento*

Veronica inizia il percorso di psicoterapia per superare una forte ipocondria che è diventata via via sempre più invalidante: nel nostro percorso – attraverso il dialogo socratico – comprendiamo come il finalismo del sintomo possa essere ricondotto alla possibilità di compensare l'instabilità generata dal trauma raggiungendo contemporaneamente più vantaggi: la convinzione di essere malata e bisognosa di cure aggancia a doppio nodo la madre, inoltre sposta l'instabilità all'interno dove essa ha l'illusione di controllo.

Nella storia di Veronica, la sintomatologia depressiva si appoggia sul quadro ipocondriaco e si mette al servizio di questo, a caratterizzare l'esordio della psicoterapia: come con qualsiasi altro medico, anche con me, Veronica tenta di sondare la mia tenuta e la mia capacità di rassicurarla: sviluppa così, proprio in corrispondenza dei primi incontri una vera e propria depressione maggiore dove tutti i criteri risultano perfettamente saturati. Anche in questo caso la depressione mantiene la sua natura di comunicazione inconscia, ora rivolta proprio alla mia persona in qualità di “medico” della mente: *“Sei competente? Sei in grado di guarirmi se con la mia ipocondria parlo il linguaggio della psiche?”*

## C. La depressione come tema identitario: il caso di Celeste

*Motivo della presentazione e compiti vitali*

Celeste, 21 anni, si presenta nel mio studio un mercoledì di inizio settembre 2020: è una ragazza alta, un bel viso, una massa di capelli ricci, forse un po' impacciata, l'aspetto è trascurato e stanco.

Si siede di fronte a me e senza bisogno di essere incoraggiata a spiegare il motivo della sua visita, con grande dovizia di particolari ed attenzione ai dettagli cronologici, dà inizio al racconto della sua storia: dice di trovarsi da molto tempo in uno stato di forte disforia che la porta periodicamente ad isolarsi dal mondo, cadendo in quelli che definisce *“i miei momenti di buio”*, periodi prolungati in cui ricerca attivamente il pianto e la solitudine, rifiutando qualunque tipo di contatto esterno. Ciò crea problemi in famiglia. Per questo si rivolge a me: per imparare a gestire diversamente la propria sofferenza, senza causarne alle sue figure significative.

Il racconto, tanto ricco quanto traumatico, si snoda attraverso le prime quattro sedute. Celeste ha vissuto una vita relativamente “normale” sino ai nove anni: mi racconta di un nucleo familiare che tutto sommato funzionava, con un padre ed una madre a loro modo presenti ed una sorella maggiore di otto anni, Clara. Quando Celeste aveva nove anni, la famiglia iniziò a sgretolarsi. Dopo circa due anni, la madre si trasferì a Bologna portando con sé Clara, che stava iniziando la facoltà di Fisica.

A partire da quel momento, la madre tornava da Celeste ogni quindici giorni ma, dopo un breve periodo, le visite si diradarono e la divisione del nucleo familiare diventò un dato di fatto, per quanto nessuna parola fosse stata spesa dalla coppia genitoriale per motivarla: entrambi continuano tutt'oggi a definirsi come marito e moglie.

A caratterizzare quindi lo sviluppo evolutivo di Celeste a partire dai nove anni sono l'abbandono materno e la trascuratezza emotiva da parte del padre, per cui si configura *"un ambiente in cui il bambino non ha avuto convalida della propria esperienza privata"* (15, p. 20).

Con sempre maggiore intensità e frequenza a partire dall'adolescenza Celeste rivendica il suo diritto a restare nel buio: *"Non riesco a capire come mai io senta questo bisogno. In questi momenti ho la necessità di ritirarmi, di eclissarmi, di interrompere tutti i rapporti con il mondo esterno [...]. Tutti pensano che io abbia un brutto carattere e che sia pazza o egoista. Io però non so quando riuscirò ad abbandonare questi momenti di buio. In qualche modo mi servono per superare la sofferenza che sento, per recuperare una sorta di equilibrio, un assetto stabile... Così ho deciso di venire qui: per riuscire a risolvere i miei problemi e comportarmi meglio, perché loro siano più felici insieme a me"*.

Una finzione segna quindi l'inizio del percorso psicologico: la convinzione che il proprio presunto cattivo carattere sia all'origine delle difficoltà dell'intero nucleo familiare.

#### *Costellazione familiare*

Padre (58 anni). *Estremamente orgoglioso di sé stesso, della sua famiglia di provenienza, sa dare il cento per cento mettendo gli interessi degli altri davanti ai suoi, ma ciò accade solo per persone estranee al nucleo familiare. È emotivo, sembrerebbe anche empatico ma non mi comprende, non è attento, è estroverso, logorroico. È stato tanto male nella sua vita. Dovrebbe capire le sue priorità come padre. [...] Farei una bella distinzione tra me e mia sorella: con me fa il possibile, quello che riesce. Con mia sorella, invece, è presente, interessato e affettuoso. Quando litighiamo dice che con me è uno schifo parlare! A volte dice che sono matta e poi nega di averlo fatto. Non è in grado di ammettere la verità. Non è in grado di chiedere scusa. Quando discutiamo, però, io lo provo sempre.*

Madre (56 anni). *È la persona più forte che io conosca. Si è fatta in quattro per la famiglia. Negli ultimi anni pensa più a sé stessa e ne sono contenta, anche se si è allontanata da me. Da lei mi sento rispecchiata. Mi vede come persona. Cerco di fare in modo che non si accorga quando sto male: forse si sentirebbe in colpa. Quando sono vivace e brillante so di piacerle molto. È una specie di ruolo questo. Credo di ricordarle sua sorella, con la quale ha uno splendido rapporto. Con mia sorella, per me, non sarà mai così.*

Sorella (28 anni). *“Mia sorella è irriconoscente. Quando mi chiama so che non le importa niente di ciò che mi accade. La mia vita non è interessante. Ciò che desidera è unicamente parlare di sé. Cerca sempre di mettermi a disagio. Quando litighiamo a volte mi dice cose orribili, per esempio che io non sono sua sorella, che nemmeno i miei genitori mi sopportano ma hanno pena di me perché sono rimasta sola. Poi lei rimuove il fatto di avermi detto tutte quelle cose ed a un certo punto decide che il litigio è finito e si comporta come se niente fosse.”*

#### *Primi ricordi*

1) Alla materna ricordo un saggio: avevo quattro anni. Ero contentissima perché potevamo ballare di fronte ai genitori. Ci dicevamo: “Quello è mio papà! Quella è la mia mamma!”. Ero anche agitata perché ero davanti. Ero alta. Mi vedevano tutti. Ero contentissima. Poi ci fu un rinfresco. Ho recentemente riguardato le foto: in una, mio padre mi solleva per un dito ed io gli faccio una linguaccia.

2) Alle elementari non avevo tanti amici ma stavo spesso con i miei cugini. Facevamo una specie di teatrino. Mettevamo in scena una storia. Mi ricordo che una sera avevamo riunito tutti e che mia mamma e mia zia, guardandomi, ridevano tantissimo.

3) Ricordo il mio primo saggio di danza. Un assolo. C’era ancora l’amico dei miei. C’erano anche gli zii, che non vengono a Brescia quasi mai. Penso ci fosse anche mio papà. Ricordo la voce di mia sorella che mi incitava. “Davanti mettono quelle brave!”, dicevano tutti. Ero felicissima. Mi sentivo davvero brava. (III, IV elementare)

4) Mi ricordo quando mi sono rotta il dito. Eravamo al mare. Avevo sette anni. Mia mamma voleva che uscissi con mia sorella che all’epoca ne aveva quindici. Lei invece voleva mollarmi. Avevo una bicicletta difettosa. Caddi e mi feci male. Mia sorella rideva. Il giorno dopo andammo in ospedale e si accorsero che mi ero rotta un dito. Mio papà non c’era. Veniva solo per il fine settimana. Mia sorella mi prendeva sempre in giro per tutto.

5) Eravamo al mare dalla zia. Sono inciampata finendo con le mani su uno scoglio pieno di cozze. Avevo le mani sanguinanti con le conchiglie incastrate dentro. Mia sorella svenne. Mi arrabbiai con mia sorella. Ero io quella che stava male, non lei. Invece riuscì anche in quella situazione ad accentrare tutta l’attenzione su di sé. Ricordo che, quando ero piccola, mi piaceva essere ammalata.

#### *Direttrici finalistiche e implicazioni sul trattamento*

Anche in questo caso, al momento della presentazione risultano saturati i criteri del DSM V per una diagnosi di Disturbo Depressivo Maggiore. In base ai primi ricordi ed alla storia di vita è possibile ipotizzare che la depressione rappresenti la modalità attraverso la quale Celeste continua ad essere sul palco: come nei primi ricordi essa

cercava lo sguardo della madre allo spettacolo di fine anno, così il ritiro nei momenti di buio rende per un attimo fastidiosamente evidente al sistema familiare, che lo nega, il dolore di Celeste.

In relazione alla natura aggressiva della melancolia, evidenziata da Adler, Parenti e Pagani osservano per esempio che in genere il paziente *«è convinto che la sua autodistruzione serva a sensibilizzare l'ambiente [...] Invece, purtroppo, provoca nelle altre risposte di rifiuto»* (15, p. 65).

La sintomatologia depressiva è un grido di aiuto ed un attacco alla finzione familiare ma soprattutto è un atto dimostrativo e vuole ricordare a tutti che è proprio lei quella che ha più sofferto, quella che la madre ha abbandonato: solo così essa può continuare a sperare in un risarcimento affettivo che l'esame di realtà dovrebbe farle ritenere impossibile. Abdicare al sintomo significa dimenticare ed accettare la storia, metabolizzare la perdita dell'unità familiare, rinunciare ad essere ricompensata per il dolore e l'abbandono.

In questo caso, il lavoro per il riorientamento dello stile di vita è stato lungo e difficile: siamo partiti da elementi periferici, rinforzando le risorse comunque presenti per volgerle sul lato utile. La terapia è stata utile in prima battuta perché ha consentito a Celeste di raccontare la propria storia e, raccontandola, di percepirne gli elementi incongrui, arrivando progressivamente a metterli in discussione.

Attraverso l'incoraggiamento, è progressivamente riuscita a rivedere gli aspetti fenomenologici della sua sintomatologia: se in una prima fase il dialogo interno sembrava rimanere lo stesso, essa è riuscita ad incrementare la rete sociale ed il proprio grado di attività, a riattivare una progettualità rispetto allo studio incrementando l'interesse e l'impegno, a recuperare una vitalità. Lentamente, inizia a vedere e riconoscere il proprio bisogno di primeggiare nel dolore come collocato sul lato inutile.

### III. *Considerazioni non conclusive*

I casi clinici presentati condividono la stessa diagnosi pur differendo in modo sostanziale nei significati. La prospettiva teleologica rappresenta qui un prezioso strumento di comprensione e orientamento, collocando il sintomo su un percorso creativo di compensazione: i sintomi depressivi sono utilizzati infatti da Enrico, Veronica e Celeste per scopi molto diversi ed in ogni caso con valore fondamentale di comunicazione al contesto.

Tutto ciò riconfigura il sintomo come elemento relazionale e lo ponte al centro del campo terapeutico, per cui il sistema [sintomo-finalismo] si colloca in un universo complesso i cui elementi fondamentali sono proprio il sé, gli altri e il mondo. In terapia, il sintomo diventa oggetto transizionale tra il paziente e il terapeuta, durante la danza della coppia creativa.

Adler sottolinea come il processo terapeutico coinvolga "due persone" in un viaggio emotivo comune, in cui la risposta controtrasferale dell'analista diventa un elemento informativo centrale per guidare il processo ed individuare le direttrici di cambiamento: in questo senso, è evidente che – dopo un assessment diagnostico strutturale e la raccolta dei fondamentali elementi adleriani sul caso clinico – i vissuti controtrasferali nel rapporto con il paziente permetteranno ulteriormente di orientare l'agire terapeutico.

Per esempio, se nell'incontro con la sintomatologia depressiva portata da Enrico, ho percepito la presenza di un nucleo vitale intatto e pronto a dare frutti, la depressione ipocondriaca di Veronica mi ha indotto ad assumere un forte atteggiamento di rassicurazione, come se percepissi che il fine principale del lamento depressivo fosse in questo caso il sondare la mia capacità di sostenerla in quello che sarebbe stato poi l'obiettivo fondamentale dell'intervento terapeutico, ovvero attraversare, comprendere e superare l'ansia di malattia e la dipendenza.

Al contrario, l'atteggiamento fortemente scoraggiato e rinunciatario di Celeste, mi ha investito sin dal primo incontro con straordinaria intensità, facendomi percepire controtrasferalmente il desiderio di fornirle ciò che le era mancato e connotando la relazione terapeutica come affettiva e validante, nella accezione adleriana di funzione tardiva materna.

Con riferimento ai punti chiave evidenziati da Shulman, nel caso di Enrico la linea direttrice ha forse a che vedere con la necessità di seguire le regole evitando una faticosa conflittualità. Permane un elevato livello di cooperazione ed apertura all'altro, ma manca la possibilità di comunicare il disagio.

L'intolleranza al conflitto, che proviene dalle dinamiche familiari vissute nell'infanzia, determina una sostanziale adesione alla legge del più forte che diventa etica: si tratta di una finzione che allontana dal lato utile nella misura in cui impedisce per esempio ad Enrico di empatizzare con la sorella maltrattata dal padre e di comprendere la storia familiare. Sulla base delle narrazioni individuali, possiamo ipotizzare che la mancanza che ha impedito una risposta corretta ai problemi comunitari sia lo scoraggiamento.

Per eludere il problema, Enrico ha sempre evitato di prendere posizione. Sino all'esordio depressivo il lavoro rappresenta l'ambito di supercompensazione per eccellenza, configurandosi come mondo altro e lontano da quello domestico dove egli si può concedere maggiore libertà di espressione e di frequentazioni. Alla luce di uno dei principali artifici finzionali basato sull'assunto per cui chi è debole è buono e meritevole di ascolto e cure mentre chi prende posizione è cattivo, per raggiungere una posizione di superiorità fittizia, Enrico si rende debole attraverso l'episodio depressivo.

Per Veronica, la linea direttrice è legata alla necessità di garantirsi vicinanza ed attenzione costanti da parte degli altri significativi, quale conseguenza di un complesso di inferiorità presumibilmente legato ad esiti post traumatici: l'aggressività e l'imprevedibilità paterna rappresentano un elemento di insopportabile instabilità nella prima infanzia di Veronica, accrescendo la sua percezione di un mondo esterno pericoloso e difficile da controllare.

La sintomatologia ipocondriaca, che costituisce il motivo della presentazione, è a esordio precoce (pre-adolescenza) e costituisce una prima forte risposta all'inferiorità percepita: l'elemento di angoscia viene spostato dal mondo esterno e posto all'interno del corpo. Il livello di cooperazione è scarso e la sintomatologia impedisce a Veronica di affrontare i compiti vitali, garantendole al tempo stesso un pieno dominio sull'ambiente familiare e non solo.

Nel caso di Celeste, partendo dal complesso d'inferiorità generato dall'abbandono materno e dalla negligenza paterna, la linea direttrice al momento della presentazione sembra legata al tentativo di "ricquistare il palcoscenico del teatro familiare" ed affermare un primato nella sofferenza. A livello cosciente, Celeste si sente in colpa per la sua incapacità di partecipare alla finzione di unità familiare collettiva, ma il sintomo depressivo sembra inscenare una ribellione silenziosa e rende evidente una parte del Sè ancora attiva e capace di opporsi alle regole implicite del sistema familiare.

Paradossalmente, l'abulia depressiva rappresenta una protesta attiva, l'unica che essa sente di poter mettere in scena. L'isolamento e il buio si contrappongono anche alla richiesta di centralità ed attenzione continua di Clara, la sorella, con somatizzazioni esibite in un vero e proprio teatro isterico. Il sintomo 'scelto' da Celeste le impedisce di concedersi possibilità, relazioni, amicizie e la tiene di fatto ostaggio della sua storia, legata al proprio contesto, incapace di accedere al nuovo, in attesa di un risarcimento affettivo che non arriva.

Al momento della presentazione, Celeste appare profondamente scoraggiata. In terapia, essa trova uno sguardo attento e un ambiente relazionale, nel quale si sente nuovamente riconosciuta ed è disposta a cooperare attivamente. L'abbandono della posizione nevrotica, tuttavia, appare difficile: una parte di Celeste si è costruita intorno ad essa e ritiene che ciò significherebbe accettare definitivamente la storia.

Dal punto di vista psicodinamico, infine, per ciascuno dei casi discussi la sintomatologia depressiva assume una posizione peculiare in riferimento allo stile di vita: se per Enrico la disforia marca un tentativo di svincolo da uno stile di vita consolidato, per Veronica il sintomo depressivo si inserisce sulla direttrice finalistica dello stile di vita ed è secondario alla sintomatologia ipocondriaca con il sostanziale valore di messa alla prova della relazione terapeutica ed infine per Celeste costituisce un pilastro identitario che sostiene e domina lo stile di vita, impedendo qualsiasi movimento creativo.

Come riportato in Bianconi: “*Per rispondere alla richiesta d’aiuto del paziente, il terapeuta deve prendere atto che i sintomi non descrivono solo le sue sofferenze e le sue difficoltà, ma delineano già le soluzioni che è stato capace di elaborare rispetto al proprio disagio.*” (10, pp.16-17).

Uno dei più importanti obiettivi della coppia creativa paziente-terapeuta è quindi comprendere quali siano le aspettative del paziente e di che cosa avrebbe bisogno per rinunciare al proprio sintomo. Il terapeuta deve avere un atteggiamento euristico: egli non può capire e concettualizzare tutto ma deve aprirsi alla possibilità di chiarire, approfondire e rivedere ciò che si è capito anche attraverso la collaborazione del paziente, in itinere.

Questo atteggiamento di ricerca è una caratteristica centrale del nostro approccio e ci tiene lontani dal rischio di universalizzare i concetti. In tal senso, il finalismo adleriano può rappresentare l’elemento guida che orienta non solo nella concettualizzazione del caso ma anche nell’impostazione di un piano di trattamento.

### Bibliografia

1. ADLER, A. (1912), *Über den nervösen Charakter*, tr. it. *Il temperamento nervoso*, Astrolabio, Roma 1971.
2. ADLER, A. (1913), *Individualpsychologische Behandlung der Neurosen*, ristampato in ADLER, A. (1920), *Praxis und Theorie der Individual psychologie*, tr. it. *La psicologia individuale*, Newton Compton, Roma 1992.
3. ADLER, A. (1927), *Menschenkenntnis*, tr. it. *La conoscenza dell’uomo nella psicologia individuale*, Newton Compton, Roma 1994.
4. ADLER, A., MACHT, K. (1928), *Die Kunst eine Lebens und Krankengeschichte zu Lesen*, in ADLER, A. (scritti 1928-1932), *Die Technik der Individualpsychologie*, tr. it. *L’arte di leggere la vita. Storia di una malattia*, (a cura di Marasco, E.E., Marasco, L.), Ed. Mimesis, Milano-Udine 2019.
5. ADLER, A. (1931-1932), *Diagnosi psicodinamica e tecnica analitica*, (a cura di Marasco, E.E., Marasco, L.), Ed. Rubettino, Roma 2021.

6. ADLER, A. (1931), *What Life Should Mean to You*, tr. it. *Cosa la vita dovrebbe significare per voi*, Newton Compton, Roma 1994.
7. ADLER, A., METZGER, W. & METZGER, W. (1933), *Der Sinn des Lebens*, tr. it. *Il senso della vita*, Kindle Edition, Newton Compton, Roma 1997. Prima edizione ebook: 2012.
8. ALEXANDER, F., FRENCH, T. M. (1946), The corrective emotional experience. Psychoanalytic therapy: Principles and application, *Psicoterapia e Scienze Umane*, 1993, XXVII, 2: 85-101.
9. ANSBACHER, H. L., ANSBACHER, R. R. (1956), *The Individual Psychology of Alfred Adler*, tr. it. *La Psicologia Individuale di Alfred Adler*, Martinelli, Firenze 1997.
10. BIANCONI, A. (2010), Finzione e controatteggiamento, *Riv. Psicol. Indiv.*, 68: 7-27.
11. BIVEN, L., PANKSEPP, J. (2012), *The Archaeology of Mind: Neuroevolutionary Origins of Human Emotions*, tr. it. *Archeologia della mente. Origini neuroevolutive delle emozioni umane*, Raffaello Cortina Editore, Milano.
12. CANCRINI, L. (2012), *La cura delle infanzie infelici. Viaggio nell'origine*, Raffaello Cortina, Milano.
13. 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.
14. CICONI, R. (2016), *Il Test di Rorschach: manuale di raccolta, siglatura e diagnosi: metodo italiano Scuola Romana Rorschach*, Edizioni Kappa, Roma.
15. FASSINO, S. (1996), Deficit, disturbo, creatività: a proposito della psicoterapia della depressione, *Riv. Psicol. Indiv.*, 40: 63-74.
16. FASSINO, S. (2017), Neuroscienze e dinamiche profonde del cambiamento nella relazione psicoterapeutica, *Riv. Psicol. Indiv.*, 82: 29-53.
17. FASSINO, S. (2019), Neuropsicologia dell'inconscio di Efrat Ginot. Considerazioni IP, *Riv. Psicol. Indiv.*, 86: 23-34.
18. FERRERO, A. (2010), Il lavoro sulle finzioni in psicoterapia: significato del Setting, *Riv. Psicol. Indiv.*, 68: 81-93.
19. FREUD, S. (1899), *Die Traumdeutung*, tr. it. *L'interpretazione dei sogni*, Mondadori, Milano 2012.
20. FREUD, S. (1905), *Der Witz und seine Beziehung zum Unbewussten*, tr. it. *Il motto di spirito e la sua relazione con l'inconscio*, Newton Compton, Roma 2011.
21. GATTI, A. (2011), La finzione tra epistemologia e ontologia, *Riv. Psicol. Indiv.*, suppl. 69: 173-181.
22. GHIDONI, C. (2009), Il lavorare adleriano, *Riv. Psicol. Indiv.*, 65: 53-71.
23. GHIDONI, C. (2017), Volti del limite e della speranza in psicoterapia, *Riv. Psicol. Indiv.*, 81: 64-89.
24. MANSAGER, E., EIFE, G. (2021), Adlerian Depth Psychotherapy: Intersubjective and Relational Elements, *The Journal of Individual Psychology*. 286-304.
25. MARASCO, E. E., MARASCO, L. (2022), *Corsi di Formazione Transculturale per Analisti Adleriani, Linee guida di Parenti & Pagani*, MIMESIS EDIZIONI, Milano.

26. MILLAR, A. (2018), Trauma, connessione e recupero, *Riv. Psicol. Indiv.*, 83: 57-72.
27. MOSAK, H. H., SHULMAN, H. B. (1990), *Manual for Life Style Assessment*, tr. it. *Manuale per l'analisi dello Stile di Vita*, Franco Angeli, Milano 2015.
28. MUCCI, C. (2020), *Corpi Borderline. Regolazione affettiva e clinica dei disturbi di personalità*, Raffaello Cortina Editore, Milano.
29. PAGANI, P. L. (1986), Il caso della signora B., *Quaderni della Rivista di Psicologia Individuale*, Numero speciale, Milano.
30. PAGANI, P. L. (2001), L'utilità diagnostica delle notizie raccolte nel corso del "primo colloquio" e nelle sedute dedicate alla "costellazione familiare" e ai "primi ricordi d'infanzia", *Riv. Psicol. Indiv.*, 50: 5-26.
31. PAGANI, P. L. (2005), L'interpretazione in psicodiagnostica e in psicoterapia secondo la metodologia adleriana, *Riv. Psicol. Indiv.*, 58: 25-58.
32. PARENTI, F. (1983), *La Psicologia Individuale dopo Adler*, Astrolabio, Roma.
33. ROVERA, G. G. (1988), L'alleanza col deficit: un possibile strumento mutativo, *Riv. Psicol. Indiv.*, 80: 41-49 (2016).
34. ROVERA, G. G. (2016), Lo Stile Terapeutico, *Riv. Psicol. Indiv.*, 78: 19-45.
35. SCHORE, A. N. (2003), *Affect Regulation and the Repair of the Self*, tr. it. *La regolazione degli affetti e la riparazione del Sé*, Astrolabio, Roma 2008.
36. SELVINI PALAZZOLI, M., et al. (1988), *I giochi psicotici nella famiglia*, Raffaello Cortina Editore, Milano.
37. STEIN, H. (2013), *Classical Adlerian Depth Psychotherapy*, Volume 1 - *Theory and Practice: A Socratic Approach to Democratic Living*, Alfred Adler Institute of Northwestern Washington, tr. It. *"Psicoterapia Adleriana Classica del Profondo - Vol. I - Teoria & Pratica: Un approccio Socratico alla Vita Democratica*, a cura di ANL-GESIO, A., BO, L., Torino (2020)
38. TITZE, M. (2015), Il significato dell'effetto paradossale nella psicoterapia adleriana, in *DIALOGHI ADLERIANI II*, n. 4, p. 36-47.