

## Nuovi punti di vista sul problema delle nevrosi di guerra\*

ALFRED ADLER

(traduzione e cura di Egidio Ernesto Marasco)

*Summary* – NEW ASPECTS ON WAR NEUROSIS. At the end of the First World War neurologists and psychiatrists felt the need of a close comparison of their positions on the war neurosis. Adler takes part in this debate and, by introducing the concepts of his psychopathology dynamics, considering the war neurose “disease of location”, always in line with the position that the patients faced with all the problems of life with immediate repercussions on the practical problems of the treatment of these patients.

*Keywords:* POST-TRAUMATIC STRESS DISORDER, HOLISM

### I. Il problema delle nevrosi di guerra

La letteratura sulle nevrosi di guerra a nostra disposizione, abbastanza frequentemente ed espressamente, mette in rilievo che essa ha ben poco cambiato le concezioni neurologiche del tempo di pace. È sotto gli occhi di tutti che si tratta, per così dire, di “materiale” identico, le etiologie sono simili, uguale è il decorso delle forme morbose in cui si presentano gli stessi problemi. Solo per ciò che concerne la terapia si possono notare delle differenze che, tuttavia, non fanno altro che riflettere le necessità imposte dalla situazione bellica e militare\*\*.

Elencando coincidenze e diversità, c'è un altro significativo aspetto che deve essere preso in considerazione e che oggi complica non poco le ricerche neurologiche. Il trattamento delle nevrosi nella popolazione civile in tempo di pace ha anche altre finalità che sono tanto ovvie quanto non menzionate: i pazienti devono essere liberati dalla loro malattia o, quanto meno, dai suoi sintomi, in modo che possano riassumere l'atteggiamento di fronte alla vita (*Lebenshaltung*) che essi avevano scelto.

\* ADLER, A. (1918), Die neuen Gesichtspunkte in Frage der Krieg Neurose, *Medizinische Klinik*, 14: 66-67. Il lavoro, poi (1920) riportato anche in *Praxis und Theorie der Individual Psychologie*, è ancora inedito in Italia. La revisione critica della letteratura in esso contenuta conclude il capitolo, mentre noi la poniamo come § II, dopo l'esposizione generale del problema. Anche la divisione in paragrafi è nostra (n. d. t.).

\*\* Il semplice status militare, dove anche in tempo di pace vigono particolari leggi e regolamenti, è un fattore in grado di scatenare la comparsa e l'esacerbazione di forme psichiatriche. MARASCO, E. E. (1967), *Problemi medico legali del reato in ambiente militare*, Tesi di laurea in Medicina e chirurgia, Università degli studi di Padova (n. d. t.).

È ovvia, invece, quale debba essere la finalità della neurologia militare, che non deve solo reintegrare il malato in quanto egli aveva disposto per se stesso, ma deve renderlo di nuovo idoneo al servizio che sta svolgendo per «la comunità» (Allgemeinheit). Ne deriva che tanto l'obiettività di una valutazione scientifica che le finalità della terapia medica, debbano tener conto anche di questa necessità. In quest'ottica è davvero molto problematico essere obiettivi perché, generalmente, prendiamo in considerazione i sintomi in modo unilaterale, perché siamo obbligati a chiederci *come si comportino i nevrotici in una situazione che venga loro imposta\**.

Le informazioni raccolte prima del periodo bellico sono sufficienti per comprendere meglio questo particolare problema. Quasi tutti i medici hanno sufficiente familiarità con i risultati delle varie forme di terapia basate sulla suggestione nel trattamento di sintomi particolarmente fastidiosi. Sfortunatamente questi medici restavano invischianti nella convinzione – confermata da comunicazioni verbali e scritte – che il successo di questi trattamenti fosse definitivo mentre, invece, il paziente era stato solamente preso in cura da un altro medico per gli stessi o per nuovi sintomi. Circa i risultati, ricordiamo che lo scopo di una terapia non è quello di controllare i sintomi avvertiti dal paziente, ma è quello di migliorare, nel loro complesso e in modo durevole, le sue prestazioni.

Per esempio: uno studente di legge, proprio prima di un esame, lamenta insonnia, stanchezza, smemoratezza e cefalea. Non solo dovrà essere messo in condizione di sostenere l'esame dopo otto giorni, ma bisogna anche cercare di ottenere ogni miglioramento possibile. Casi di questo genere non sono rari mentre, sicuramente, ce ne sono altri in cui, con intimidazioni o con qualsiasi altro trattamento medico (metodi per stare svegli, ipnosi, bagni in acqua fredda, elettroterapie o medicinali) il paziente viene comunque portato a sostenere gli esami.

È anche vero che, per una non trascurabile parte di nevrotici, il solo consultare il medico, ma anche il semplice chiedere aiuto a qualcun altro, è già sufficiente per far migliorare le sue condizioni\*\*. Non ci sono argomenti per cui tali casi, qualunque sia la natura dei sintomi, debbano essere considerati non seri e, probabilmente, ai limiti della normalità, anche perché abbiamo incontrato dei casi che hanno avuto esito ben diverso. Alcuni studenti si preoccupano enormemente per i loro esami e soffrono di incapacità a concentrarsi. In un gran numero di pazienti i sintomi peggiorano, alcuni soffrono al punto che devono cambiare indirizzo scolastico e la loro condizione sfocia in gravi forme di nevrosi e persino nel suicidio. In non pochi di questi casi gravi l'evoluzione negativa veniva attribuita al trattamento seguito e, in genere, questo punto di vista veniva suffragato dal medico che successivamente prendeva in cura il paziente.

\* ADLER, A. (1918), *Die andere Seite: eine massenpsychologische Studie über die Schuld des Volkes*, Leopold Heidrich, Wien.

\*\* In circa la metà dei "nevrotici" consultare il medico porta ad un miglioramento o, quantomeno, al proposito di superare i sintomi che lo disturbano o che non gli servono più. Nel 50% di queste "guarigioni" tutte le varianti nevrotiche però continuano a fiorire.

Ricordo che, in uno dei casi da me descritti\*\*\*il marito riuscì a rimuovere nella moglie la fobia di viaggiare in carrozza ad alta velocità proprio spronando i cavalli ad andare più veloci. Cosa questa che oggi chiameremmo «controschoc». Ma nessuno affermerebbe che questo o simili casi possano essere considerati guariti.

Ritornando alla neurologia di guerra, non appena spariscono i sintomi si interrompe ogni trattamento sui pazienti che vengono rispediti al fronte, cosa questa che rende ancor più complicata la posizione dei nevrotici di guerra. Infatti, contrariamente alle cure eseguite in tempo di pace, in cui il medico tiene conto solo della piena efficienza del paziente e può contare sulla sua piena collaborazione, in periodo bellico, la fine delle cure rappresenta anche una vera e propria dichiarazione di idoneità alla guerra ed il paziente deve di nuovo affrontare tutti i suoi doveri di soldato, anche se tali doveri possono essere in po' alleggeriti, perché il nevrotico, sulla base delle nuove importanti decisioni prese in conseguenza del suo trattamento, verrà destinato al fronte o alle retrovie. Tutti gli Autori giustamente enfatizzano il significato dell'«atmosfera» che si respira nella camera di degenza del malato. Ma quest'atmosfera non è che il risultato di ciò che il malato sente su quali saranno i risultati del trattamento fornito ed implica centinaia di fattori fra cui vanno comprese le più o meno giustificate congetture sull'utilità del trattamento e su cosa il futuro riservi per l'individuo quando il trattamento finisca.

Per il problema della richiesta di una pensione, si deve considerare che, anche quando tutto avviene come se l'indennizzo fosse l'unica meta auspicabile sempre tenuta presente dal nevrotico, può non trattarsi di una nevrosi da indennizzo perché, per il nevrotico di guerra, la pensione ha il valore di una decorazione. È vero che, in aggiunta, fornisce un vantaggio economico, ma una pensione di guerra documenta la legittimità della sua infermità una volta tornato a casa dopo il servizio militare e può essere usata contro ogni tentativo di nuovi arruolamenti per altri obblighi militari.

Ogni neurologo ha familiarità con il tono ipercritico che i nevrotici titolari di una pensione riservano ad ogni proposta di rivalutare la legittimità dei loro certificati di invalidità perché, al di là di qualsiasi possibile comprensione logica, l'idea stessa di «pensione» è molto più importante della paura, del pericolo, della nostalgia di casa e del tornaconto personale. Così – proprio come è vero per i casi di nevrosi in tempo di pace – ad ogni passo del medico, il paziente contrappone argomentazioni che possano smentirlo.

## II. *I più recenti contributi sul problema delle nevrosi di guerra*

Prendendo in considerazione i lavori pubblicati negli ultimi due anni, devono essere fatti alcuni commenti ed alcune osservazioni, ma si possono trarre anche alcune ispirazioni.

\*\*\*ADLER, A. (1914), Zur Kinder psychologie und neurosen forschung, *Wiener Klinische Wochenschrift*, 27: 511-516, poi capitolo VI di *Praxis und Theorie der Individual Psychologie*. (n. d. t.).

Scanz [24] scrive che ritiene che il punto di partenza per i tremori sia una deficienza vertebrale segmentaria, ma per Blencke [3] anche se tale deficienza persistesse, non contribuirebbe che in maniera indiretta ai tremori mentre sarebbe ancor più verosimile che siano i dolori «nevrastenici» a poter essere spiegati sulla base di queste deficienze. Spesso c'è un nervo cutaneo in corrispondenza della sede del dolore. Tali reperti, accompagnati da modesta scoliosi o cifoscoliosi mettono al sicuro la diagnosi dalla possibilità di essere inquinata da simulazioni. Andernach ottenne regolarmente dei successi con la suggestione verbale seguita da trattamento con spazzola faradica\*. Egli insiste tuttavia sul fatto che fosse necessario creare un'atmosfera favorevole. Similmente Rottmann, suffragato da Josef e Mann, tratta lo sconvolgimento mentale dei pazienti con finte operazioni eseguite in narcosi ed applicando pomposi bendaggi. Kalmus e Meyer sono favorevoli al metodo Kaufmann, *che di recente è stato notevolmente modificato*: uno stadio di preparazione con suggestioni verbali è seguito, dopo qualche giorno, da una faradizzazione con correnti solo di media intensità inframmezzata da esercizi in stile militaresco. Meyer tende a escludere dalle sue terapie sperimentali gli psicopatici di tipo nevrastenico e quegli isterici che, durante gli attacchi e per i fenomeni psichici che li accompagnano, sembrano casi più gravi. In ogni modo il tipo di terapia è meno importante del medico. La simulazione, pertanto, non deve far reagire il medico in modo troppo irascibile. La faradizzazione, che porta sempre a esacerbazioni nelle costituzioni psicopatiche, deve essere proscritta.

Liebermeister [13] sembra aver arrecato importanti contributi ma, dal momento che il suo metodo non è stato applicato al di fuori della Germania, io posso solo prendere in considerazione le pubblicazioni relative a questo trattamento. Da queste ho colto che l'Autore sembra voler supportare la terapia corrispondendo, in caso di suo fallimento, l'indennizzo pensionistico.

Anche Adler [1] è arrivato alla stessa conclusione. Egli ha inoltre sottolineato l'importanza del metodo individual psicologico, ovvero di una psicoterapia pedagogica (erzieherischen Psychotherapie), quando le linee guida nevrotiche del carattere, che esistono sin dall'infanzia, si rivelano carenti o erronee. Evitando qualsiasi schematismo preconstituito, in ultima analisi, si può trovare come il nevrotico si ritiri istintivamente di fronte a tutte le esigenze della vita per un sentimento soggettivo di debolezza (subjektiven Gefühl der Schwäche) e di come cerchi la *sicurezza* di fronte ai reali pericoli, che ingigantisce, creando inesistenti situazioni minacciose. In questo modo la nevrosi diventa un mezzo per evitare le difficoltà. La prognosi diventa tanto più favorevole per il paziente, quanto più si scoprono indizi del suo saper «prendere parte al gioco» attivamente nei suoi primissimi anni di vita, dei suoi progressi a scuola,

\* La faradizzazione, l'applicazione cioè della corrente elettrica che Faraday aveva scoperto essere prodotta in conduttori metallici sotto l'influenza di correnti elettriche o di calamiti potenti, è cosa ben diversa dall'elettroshock che, invece, è un metodo curativo basato sulla provocazione di convulsioni epilettiche mediante passaggio di corrente alternata attraverso la massa cerebrale. Questa pratica, iniziata da Cerletti nel 1938, ha avuto grande popolarità dal dopo guerra sino all'inizio degli anni sessanta, venendo impiegata specie nelle depressioni. Adler, condannandola, qui parla ovviamente della prima e sempre a essa si riferisce anche citando trattamenti elettrici che non meglio specifica. (n. d. t.).

dell'essere stato capace di instaurare e mantenere amicizie, di avere una vita amorosa, un adeguato matrimonio, figli, lavoro, etc. Il nevrotico rivela sempre la tendenza ad aggrapparsi alla «rassicurante» piccola cerchia familiare. Il sintomo e il tentativo di fissazione del sintomo, infatti, sono dominati dalla meta di garantire sicurezza per il futuro. Così non è difficile distinguere una simulazione da una nevrosi. Nella sua lettura anche Adler si pronuncia contro il trattamento con forti correnti elettriche e conclude con l'ammonimento: «Bisogna evitare ogni metodo che offenda l'umana dignità!».

Lewandowsky fa delle osservazioni molto simili: «I malati diventano nevrotici per conquistare sicurezza. In qualche caso uno spirito innato di insubordinazione – un non volersi piegare – gioca un ruolo significativo. [...] La vera causa di malattia non sta nel passato, non sta in nessun tipo di trauma, ma nel futuro che i malati non vogliono affrontare. [...]

La malattia *assicura* la realizzazione del proprio volere che consiste nello sfuggire a ogni pericolo» (12). Lewandowsky puntualizza il pericolo che è insito nel mettere insieme dei nevrotici per la possibilità di vicendevole contagio. Egli considera problematico anche trattare questi pazienti a domicilio perché poi potrebbero voler continuare a restarci, ma non ci dice cosa debba essere fatto contro il desiderio di andare a casa. L'Autore correttamente afferma che un paziente guarito diviene un fattore di guarigione per gli altri. Io stesso ricordo un caso in cui l'infermiera riuscì a far star meglio un paziente semplicemente raccontando come altri pazienti fossero stati già guariti. È possibile che Lewandowsky abbia un maggior credito nei ranghi militari per il buon esito dei suoi trattamenti. La sua cura consiste nell'aggravare la situazione in ogni suo aspetto. A complemento di ciò egli usa inoltre la suggestione e una faradizzazione, che differisce dal metodo Kaufmann, e l'ipnosi.

Meyer [15] considera accettabile ogni metodo, purché in esso si creda e lo si applichi accuratamente. Raether [21] descrive come egli applichi il metodo Kaufmann: una sorta di trattamento psicoterapeutico preliminare è seguito da applicazioni di corrente faradica in un'unica seduta e da trattamenti correlati. La terapia ha un 97 % di successi in cui i pazienti sono di nuovo in grado di guadagnarsi lo stipendio con il loro lavoro civile.

Mann [14] precisa che lui, già nel 1911, aveva trattato dei pazienti con suggestioni verbali seguite da applicazioni di corrente faradica. Vorremmo citare poi Naegelis [18] che osserva che più di un paziente riacquista la sua efficienza con il lavoro, per cui la cura consiste soltanto nell'offrirlglielo. Egli prese una ferma posizione contro Oppenheim e negò, come molti altri Autori del resto, l'esistenza di una «nevrosi traumatica».

Trömner [31] ha dimostrato l'esistenza di una forma di pseudosclerodermia della nevrosi traumatica (Oppenheim), che egli attribuisce a paresi isteriche con turbe neu-

rotrofiche e ferite al dorso della mano che hanno richiesto bendaggi per due mesi\*. Lo stesso autore ha descritto una «monoestesia bilaterale» in cui le due punte di un compasso, molto ben separate l'una dall'altra, venivano applicate sulla pelle venendo percepite come un unico contatto. Egli vedeva in ciò una chiara prova dell'esistenza di un deficit isterico dell'attenzione.

Leußer [11] ha discusso un caso di tachicardia parossistica osservato in quattro generazioni. Heinze [5] ha descritto i successi ottenuti con il trattamento ipnotico nell'isteria, esito di esperienze di combattimento. Ottenne un successo nell'86 % dei casi e, anche simulando un'ipnosi, egli ottenne comunque dei successi, ma nessuno di tali pazienti stava bene sino al punto di poter risolvere completamente le proprie mansioni e solo una piccola percentuale di questi pazienti, i cui sintomi erano guariti, poté portare a termine il suo servizio militare. L'Autore considerava le malattie nevrotiche di guerra come reazioni transitorie che insorgono sul terreno di un'inferiorità psicopatica.

Minkowski [16] ha riferito di un caso in cui una finta operazione era stata compiuta da Israel trent'anni prima. La guarigione perdurò sino a quando il paziente non apprese la verità. A questo proposito Bumke ricorda come la struttura psichica sia estremamente complicata, ma la stessa affermazione può essere fatta anche per l'ipnosi: un certo numero di pazienti sono refrattari, altri utilizzano l'ipnosi come una linea di ritirata e poi ve ne sono altri che sono così felici con la loro cura che non si può presumere da parte loro neppure «l'ombra di un desiderio» [di guarigione]. La loro esperienza, infatti, li ha già portati a concludere che non potrà essere loro assegnata una pensione, ma che non potranno comunque neppure essere considerati idonei al servizio militare. Finte operazioni e alcuni altri metodi di terapia vengono rigettati dal personale medico che non è stato formato per ricorrere alla forza, alle punizioni e alle frodi.

Kraus [10] sembra voler evitare di entrare nel merito della natura della nevrosi, dove i sintomi diventano dei mezzi, quando afferma che la nevrastenia non è monopolio della neurologia. Le sue congetture sembrano indicare che non gli interessino i prerequisiti costituzionali e che l'inferiorità d'organo sia essenziale per la nevrosi.

Mohr [17] vede il nocciolo della depressione in un conflitto fra sentimento del dovere e il desiderio di evitare situazioni spiacevoli, che si vede nelle persone coscienti e scrupolose (anche se ci sarebbe bisogno di aggiungere che si tratta di «coscienziosità asociale»).

La guarigione si può avere soltanto influenzando psicologicamente il paziente. Per il trattamento sono necessarie piccole case alloggio lontano dalla residenza del pazien-

\* Non sorprende che padre Gemelli, medico militare durante la prima guerra mondiale e ottimo conoscitore della letteratura medica tedesca in generale e di quella psicologica adleriana in particolare, dovendo giudicare le alterazioni neurotrofiche al dorso delle mani dell'ex soldato Padre Pio, abbia preso in considerazione solo isteria e simulazione (n. d. t.).

te, con venti o trenta pazienti affidati alle cure di un unico medico che, in assenza di altri trattamenti, intraprenda una psicoterapia che renda il paziente padrone dei suoi sintomi.

Weichbrodt [32] sottolinea che la malattia spesso insorge a distanza dal trauma. Occasionalmente appare dopo la ripetizione del trauma stesso o in previsione di esso, come avviene per i soldati che non hanno ancora avuto il loro battesimo del fuoco. L'Autore non entra nel merito del problema se i pazienti debbano essere curati al fronte o a casa. Descrive il metodo Rothmann, che consiste nella semplice stabilizzazione nella mente del paziente dell'idea di star bene. E sembra che per questo metodo sia richiesta la narcosi. L'Autore trova valido anche il metodo Kaufmann e, parlando dell'ipnosi, ritiene che anche la personalità delle suore in servizio presso gli ospedali sia un fattore determinante della terapia. Il suo metodo consiste semplicemente in un bagno della durata di 24 ore che può essere protratto sino a 40 ore. L'efficacia è aumentata se il bagno viene praticato in una piscina chiusa e con acqua mossa. Il successo viene raggiunto solo nei disturbi nevrotici e non nell'isteria. Al paziente non è consentito abbandonare la cura, né effettuare delle pause. Pochi pazienti ridivengono idonei ad assolvere i loro doveri militari, ma tutti sono capaci di affrontare nuovamente le loro normali occupazioni. Il metodo sostiene che debbano essere negate le pensioni. Non è raccomandabile per gli ufficiali.

Alt [2] sostiene che le nevrosi debbano essere trattate lontano dal fronte, nelle retrovie. Nella sua casistica sembra che il 75 % dei pazienti, dopo il trattamento, sia di nuovo in grado di far fronte ai suoi doveri di presidio.

Quensel [20] sostiene che nelle varie nevrosi una vera malattia si combina con la reazione a circostanze esterne. Jolly [8] riportava che le documentazioni sulle nevrosi di guerra facevano vedere che l'1-3 % dei pazienti tornava ad essere idoneo ad adempiere ai suoi doveri militari.

L'Autore dava molto peso alla terapia del lavoro, svalutava l'importanza dell'ipnosi e considerava efficaci i trattamenti elettrici con deboli correnti e associati a esercizi fisici. «Quello che importa non sono le condizioni di queste persone quando vengono dimesse dall'ospedale, ma cosa capita loro successivamente» e la sua ricerca mostra che, su 41 pazienti sofferenti di isteria, 30 non furono dichiarati idonei ad affrontare di nuovo i loro obblighi militari (d. u.), mentre solo 3 ritornarono al fronte, 5 furono dichiarati g. h. [idonei al servizio nelle retrovie] ed altri 3 a v. [idonei per il lavoro civile].

In 23 casi di nevrastenia, uno soltanto ritornò al fronte, 15 furono comunque dichiarati g. d. f. [idonei alla vita militare] e 3 a. v. [idonei per il lavoro civile]. Dei 14 pazienti con deboli disturbi nevrotici 5 tornarono al fronte e 9 furono dichiarati g. d. f. [idonei alla vita militare].

In un terzo dei casi di isteria il livello d'intelligenza dei pazienti variava tra una lieve debolezza mentale e l'imbecillità. L'Autore fa un'importante osservazione di cui, però, poi non tiene conto: nella sua casistica c'è un rilevante numero di *manovali senza*

*alcuna specializzazione.* L'enorme massa di documentazione presente all'ospedale di Cracovia rispecchia gli stessi risultati. Tutto ciò indica che i casi franchi di nevrosi di guerra sono di raro riscontro tra gli ufficiali. Cosa che indica una fondamentale verità che può far meglio capire le nevrosi ribadendo il fatto che *chi è affetto da nevrosi, per sua natura, esita e temporeggia, scoraggiato e abbattuto di fronte ai doveri sociali.*

Kehrer [9] non esclude che un giorno si sarà in grado di trattare almeno una minima percentuale di nevrosi di guerra, curandola a sufficienza per poter tornare al fronte, ma è necessario tuttavia compiere i più grandi sforzi per recuperare ogni persona al suo lavoro abituale dietro le linee. Il suo metodo comporta l'impiego di vari mezzi per *aggravare la situazione del paziente.* Fra questi figurano restrizioni alimentari, diete a base solo di latte ed «esercizi fisici obbligati eseguiti compiendo sforzi spasmodici». L'Autore mette in guardia contro ogni abuso di corrente faradica per mano di non specialisti e si dichiara insoddisfatto di quelle psicoterapie che non tentano di spiegare chiaramente le cause delle nevrosi. Dà molto peso all'atmosfera – se così la possiamo chiamare – che fa percepire al malato che non si farà nessun progresso nella vita senza essere guariti e tiene in gran considerazione l'autorità militare.

Sauer [23] si associa a Frank a riguardo dei primi punti di vista di Breuer e Freud, e con loro pensa che le nevrosi insorgano per emozioni represses, ma smentisce il punto di vista successivamente assunto da Freud di un'etiologia sessuale delle nevrosi di guerra. Sauer, conseguentemente, cercava di ridurre la «tensione emotiva» rinvigorendo con l'ipnosi le emozioni represses. L'Autore riferisce che le lettere dei soldati dal fronte confermavano il successo di questo metodo. Wexberg giustamente si oppose per anni a simili teorie. Egli pensa, infatti, che chiunque sia così significativamente cambiato per traumi sessuali non si ammala in conseguenza di ciò, ma è sempre stato malato. Si deve ricordare inoltre che con il metodo Sauer ci si impegna molto poco a capire la natura del paziente. Questo trattamento non deve pertanto essere considerato come etiologico, ma piuttosto come una terapia che agisce mediante un peggioramento, inconsapevolmente realizzatosi, della situazione, anche se poi le emozioni, che così inducono l'aggravamento, vengono obbligatoriamente ritenute la causa delle nevrosi. Il paziente che intraprende simili terapie vuole imparare, più di quanto il medico voglia insegnare, le modalità del suo recupero psichico e le sue mete ed è questo nuovo riconoscimento che, in realtà, può far migliorare i suoi sintomi, deponendo a favore di un'utilità pratica del metodo. Sarebbe necessario sapere perché l'Autore preferisca la degenza dei pazienti al loro domicilio.

Jalowicz [7] puntualizza che raramente le nevrosi si sviluppano nelle truppe al fronte. In 25 casi di nevrosi egli ha inoltre trovato che solo due non avevano avuto precedenti tali da richiedere un trattamento. Egli ha anche precisato che si abusa spesso parlando di nevrosi da nemico, di «spasmi da battaglia», di trauma per seppellimento. Egli contesta la teoria di Oppenheim avanzando l'ipotesi che una simulazione possa essere scambiata per una nevrosi attuale e mette pertanto in guardia dal rimandare immedia-

tamente a casa il paziente. Il contrasto con la teoria di Oppenheim deriva dal fatto che Jalowicz, probabilmente, non ha messo bene a fuoco quale sia l'origine delle nevrosi fermandosi a sintomi aspecifici che possono essere messi in atto dal simulatore. In effetti, per poter manifestare dei sintomi nevrotici, è richiesto un certo numero di *tappe preliminari* consistenti in trainings e arrangements per cui, come si vede anche nelle nevrosi nei casi osservati in tempo di pace, i sintomi di una nevrosi non possono rientrare nel campo delle simulazioni né possono essere intenzionalmente aggravati. Il processo della formazione dei sintomi avviene durante il «periodo di latenza» e può essere chiaramente seguito e anticipato nei sogni.

Sommer [26] risolve il problema della sordità funzionale nei soldati usando un metodo sperimentale psicologico. Si fa sedere il paziente su una poltrona dotata di apparecchiature deputate ad analizzare i movimenti delle dita della mano. Quando una campana suona improvvisamente accanto a lui, le contrazioni dei muscoli dell'avambraccio, che muovono le dita, vengono registrate provando che il suono è stato percepito. In verità quasi tutti i casi di sordità sono causati da danni reali come, per esempio, la rottura del timpano. Sommer vede la natura della nevrosi in una «compulsione patologica a sopprimere i riflessi», ma questa non è altro che la descrizione del quadro sintomatologico! Nißl. von Meyendorf si unisce a questo dibattito spingendosi ad affermare che, nel caso particolare della sordità dei soldati, tutti erano in realtà in grado di sentire. Anche gli effetti terapeutici possono dipendere in modo non dissimile dall'inganno – a suo dire – frequentemente praticato, come recentemente ha potuto provare in un caso in cui il paziente, dopo accurate indagini e controlli, ha finalmente confessato che la malattia non era mai esistita.

Anche Imhofer [6] sottolinea la difficoltà di scoprire le simulazioni di sordità. Per fare ciò sono necessari molto tempo, medici benedetti da idee geniali e osservazioni ampie che diano peso anche a tutta la costituzione organica ed ai precedenti anamnestici di ogni persona. Anestetizzare il timpano non ha senso mentre è utile quanto risulta dall'esame dell'orecchio in condizioni statiche. Bisognerà poi tener sempre presente i limiti della collaborazione del paziente perché possiamo sempre aver a che fare con degli idioti.

Erich Stern [27] pretende di aver individuato la patogenesi delle psiconevrosi nella «labilità di un particolare fattore psiconevrotico da cui deriva l'equilibrio di tutta la psiche».

Strümpell [30] distingue due gruppi di nevrosi funzionali: 1. quelle al di fuori della coscienza e 2. quelle che sono associate a mutate condizioni della coscienza. Nel primo gruppo egli include epilessia, corea, eclampsia, miastenia, tetania, nevralgie essenziali ed emicrania che etichetta come nevrosi funzionali, mentre sembra abbia problemi a includere in questa categoria tics, tremori, mioclonie, fenomeni vasomotori e secretori e le nevrosi traumatiche. Deporrebbero per una malattia organica una

costante assenza dell'ammiccamento [che è un sintomo di tireotossicosi], assenza del riflesso corneale, rigidità pupillare, assenza di riflessi o un loro patologico aumento quando vengono stimulate le zone riflessogene. Per le malattie psicogene depongono invece i sintomi irritativi, una tipica anestesia o un'emianestesia e la possibilità che gli attacchi vengano provocati dalla suggestione. Alcune di queste osservazioni sono acute come, ad esempio, l'importanza data all'intensificazione dei riflessi e all'estensione delle zone riflessogene\*. Ciò si è spesso visto nei casi di nevrosi psicogena, particolarmente una *spasmofilia inconsciamente acquisita* che ha sicuramente attirato l'attenzione di ogni esaminatore.

Rothe [22] raccomanda la filosofia stoica come mezzo per trattare le persone affette da balbuzie e questa, sicuramente, è una teoria sorprendente. Rothe, giustamente, è alla ricerca di una trasformazione psicologica totale dell'individuo nella speranza che «lo stoico voglia veder nella balbuzie un test imposto dal destino che lo sfida a provare a se stesso di essere una persona rispettabile se mantiene la calma». Il punto debole di quest'intuizione sta ovviamente nel concetto di «test». Questo non deve essere una sorgente di afflizioni che, nel migliore dei casi, possono essere corrette senza che il medico realizzi cosa sta succedendo.

Sterts [28] sottolinea l'analogia tra le esplosioni emotive e i sintomi isterici perché le prime vengono da lui viste come atti fisici e non psicologici. I sintomi isterici, invece, sono indipendenti dalla concomitanza di cambiamenti organici e si innestano su una particolare predisposizione. Egli, come Charcot e Breuer, mira a provocare una nuova esplosione di malattia nella «condizione ipnotica». La tendenza a «fissare» i sintomi potrebbe esprimere una generica predisposizione psicopatologica. Il complesso isterico può esistere senza che uno lo desideri, lo voglia, lo aspetti, lo anticipi o lo tema. Nel caso si volesse applicare questo concetto di isteria a militari ed invalidi bisognerà tener però presente che la loro situazione diverrà sorgente di una rinnovata energia che sosterrà la malattia. L'apparente disputa se la «susceptibilità» ai sintomi, così come la loro «fissazione», rappresenti una predisposizione generale principale, e quando l'una o l'altra abbia effetto, il punto di vista che può fare la differenza è non prendere affatto in considerazione Stertz! Egli sbaglia inoltre anche nell'identificare cosa stia capitando avendo eliminato ogni finalismo nell'isterico. D'altra parte la sua maniera di vedere pensionati e soldati isterici avvicina al concetto della «posizione reale», forma ben più grave della «posizione individuale» del nevrotico.

Zanger [33] scrive di credere nel concetto che sia possibile curare le nevrosi correggendo il carattere e aumentando nelle persone la consapevolezza del loro problema.

\* Anche Adler (1907), in *Inferiorità e compenso psichico*, Mimesis, Milano-Udine 2013, metteva in relazione organi inferiori e alterazioni dei riflessi (n. d. t.).

Dubois [4] si oppone, ma senza convincenti ragionamenti, al concetto di «conversione» che può essere stato preso da Freud. Egli pensa che tutti «i disturbi nevrotici osservabili siano comuni manifestazioni fisiologiche di condizioni emotive che si scostano dalla normalità solo per la loro intensità e per la loro fissazione». Ciò è corretto ma, per il momento, noi non siamo in grado di renderci conto di cosa possano essere delle manifestazioni iperfisiologiche. Il concetto di conversione presuppone comunque qualcos'altro, una minima conservazione di energia psichica. Questo concetto esiste solamente perché il medico possa riportare ogni reazione deviata a una conversione.

Tornando al fatto che le relazioni sono uniche e intenzionali, Schuster [25] giunge alla conclusione che, nei casi in cui la situazione dell'individuo cambi patologicamente, in modo costante o intermittente, il substrato anatomico devii in qualche modo dalla norma.

Nonne [19] precisa che col suo trattamento suggestivo perviene solamente alla liberazione del sintomo. Il metodo è indicato negli ufficiali. Vi è un'elevata percentuale di recidive e raramente si raggiunge una piena riassunzione degli obblighi militari. Il più grande merito di questa forma di trattamento è che cerca di precisare i criteri di idoneità di un individuo per il lavoro, ma non fornisce ulteriori criteri per assegnare pensioni. Su 42 nuovi casi, 26 furono dichiarati pienamente idonei al lavoro, 16 ancora sofferenti, furono avviati a lavori leggeri e due furono congedati. L'originale metodo Kaufmann è stato qui completamente trasformato in un metodo persuasivo integrato da stimolazioni faradiche.

Straßer [29] dice: «qualsiasi cosa nasca dall'inventività umana creativamente sviluppata può essere utilizzata per creare un complesso di sintomi per malattie emotive funzionali o per la nevrosi. Ogni attività psicologica, prima di tutto, deve essere intesa come preparazione a un'azione futura. L'*orientamento psicologico finale*, che era inteso per essere applicato solo all'«isteria da indennizzo», deve essere visto in ogni nevrosi. Essendosi esaurita ogni immaginifica creatività si manifesta funzionalmente per questa via. Il «trauma» ha la capacità di evitare qualsiasi responsabilità personale. Numerose tracce consentono di ricostruire il cammino percorso dallo stato di salute alla malattia nevrotica e quasi ognuno, avendo sperimentato una catastrofe, vuol tornare a casa portando con sé un simile ricordo, sotto qualsiasi forma, tanto come memento che come sicurezza. La Psicologia Individuale vuol scoprire la persona debole di carattere che c'è sotto ogni nevrosi. Un'inabilità individuale a conformarsi ai costumi sociali vuole fare a meno di *aggressioni* contro di essi e assume le caratteristiche di nevrosi. La terapia può risolvere il conflitto tra doveri verso la Patria e l'espressione della propria individualità».

Il grande lavoro correlato alle nevrosi di guerra ha fatto sicuramente procedere la conoscenza del problema della psicologia delle nevrosi. I frutti del materiale raccolto e del Lavoro effettuato in questo campo dovrebbero portare a un uniforme modo di vedere che avvicini tutte le diverse posizioni.

### III. *Il nuovo punto di vista della Psicologia Individuale*

Io ho esaminato quasi tutti i casi di nevrosi di guerra nelle retrovie, lontano dalle loro case e lontano dai loro parenti e non ho mai trovato che la gravità del caso fosse correlata alla loro dislocazione anche se, come è regola generale per ogni nevrotico, queste persone ammalatesi a causa della guerra tentavano di tornare dall'ambiente, in cui erano stati posti dalle vicende belliche, alla più piccola cerchia dei loro parenti. Ma questa è una propensione nevrotica generale e l'assenza o l'occasionale presenza dei parenti è ininfluente rispetto a queste generali tendenze nevrotiche. Se, prendendo in considerazione questo problema, abbiamo dei pregiudizi irrazionali, il caso sembrerà semplificato ma, in realtà, si ostacola il processo di guarigione. Cosa che potrebbe capitare, ad esempio, se volessimo fare la prognosi del buon esito di un trattamento sulla base della richiesta di ospedalizzazione nella città in cui abita il paziente.

Si può sempre vedere che la «ben nota labilità» dei sintomi nevrotici origina dalla posizione assunta dai nevrotici [di fronte ai problemi della vita], da cui consegue che si parli di *malattia di posizione* (Positions krankheit)\*. Per questo è assolutamente importante che il neurologo comprenda completamente l'atteggiamento dell'individuo, ma capire in tutti i suoi significati questo linguaggio della posizione assunta dal paziente nei confronti della vita, è cosa talora difficile. Su questa «posizione» del nevrotico si basano le modalità del trattamento che gli viene fornito. Proprio per questo il problema della terapia diventa insolubile se il malato è preso in cura da più di un medico e, per lo stesso motivo, per il trattamento dei nevrotici, sono preferibili piccole istituzioni. Esse poi possono fornire rapporti scritti sui risultati ottenuti che possono risultare di aiuto perché anche altri medici possano fornire il trattamento più idoneo.

La *psicoterapia*, nel senso più stretto del termine, deve includere solamente quei metodi che, prima di qualsiasi suo intervento, abbiano resa accessibile la psiche del paziente. Di conseguenza restano al di fuori di questo ambito quasi tutte quelle misure che correntemente vengono utilizzate nel trattamento delle nevrosi e che, solo impropriamente, vengono definite «psicoterapeutiche» perché sono al di fuori di queste regole generali, come quella psicoterapia praticata in tempo di guerra, che si basa quasi esclusivamente sull'utilizzo dell'autorità e del filantropico garantire un «minimo di confort».

Tra i metodi che utilizzano l'autorità vanno annoverati l'ipnosi, la suggestione di persone sveglie, la pseudonarcosi, finte operazioni nonché quelle «preparazioni psicoterapeutiche» messe in atto prima di altri trattamenti. Ricette «eroiche» prescrivono procedure dolorose, bagni d'acqua, spaventi, deprivazioni e intenzionali aggravamenti delle condizioni del paziente. Il caso migliore è rappresentato dall'accettabile compromesso del *metodo Frank*, sostenuto da Sauer, che dà qualche chiarimento sulla vita psichica

\* Come verrà ribadito nel capitolo sulla nevrosi ossessiva di *Prassi e teoria della Psicologia Individuale* (1920), le nevrosi non devono essere considerate malattie che dipendono da una predisposizione, ma dalla posizione assunta dal paziente, come l'isolamento nel quale egli si chiude a scopo difensivo. (n. d. t.).

del paziente ma che, tuttavia, non può essere considerato che un mezzo percorso psico-terapeutico, agisce rafforzando l'autorità del medico ed opera con il mezzo del «contro shock». Il risultato di questo metodo, applicato durante il periodo di guerra, ma talora visto anche in periodo di pace, è la fuga nevrotica dal trattamento che, già di per se stessa, può essere considerata l'equivalente di un sintomo nevrotico. Un discepolo di Freud applica questo metodo agli ufficiali e riserva il metodo Kaufmann alla truppa ed entrambi i metodi hanno successo. Quello che è rilevante in tutte le situazioni è che i vari Autori affrontano *attivamente* i loro pazienti.

È sempre difficile, invece, trovare che accennino alla necessità di attendere, usare metodiche che tranquillizzino e che mettano il paziente nelle condizioni più favorevoli.

Il nucleo essenziale della neurologia di guerra di oggi è rappresentato dalla tendenza a voler por fine all'ostinazione dei nevrotici opponendo una forza contraria. Questa condizione non è diversa neppure quando sembra che la terapia sia più mite. In effetti, si tratta sempre di un trattamento individuale drastico e, siccome promette veloci e definitivi miglioramenti, sembra particolarmente utile quando il nevrotico necessario per la guerra. Il metodo consiste nell'explorare e scoprire l'ostinazione nevrotica e lavora, in genere, recriminando contro le simulazioni, non potendo fare a meno, in questo modo, di indurre un peggioramento della posizione psicologica del nevrotico.

Il materiale sino ad ora disponibile non si preoccupa di dare solamente una risposta alla domanda se la nevrosi sia una malattia ereditaria o acquisita. Questo avviene perché oggi, fortunatamente, si tengono in maggior considerazione che in passato i fattori educativi, l'influenza dell'ambiente e l'imitazione di familiari nevrotici da parte dei bambini. La frequenza e la regolarità di precedenti nevrotici nel paziente sono quasi sempre significative.

Secondo la Psicologia Individuale l'atteggiamento del paziente nei confronti della vita e verso la società (*die Stellung des Patienten in Leben und in der Gellschaft*) è un fattore prognostico decisivo. Questa penetrazione individual psicologica nelle rappresentazioni della psiche del paziente, una corretta interpretazione dell'anamnesi e la comprensione della maniera di considerare la vita cui il paziente è pervenuto, possono fornire una valida guida per precisare l'entità dell'aggravamento e per evidenziare quanto non deve mai mancare in una nevrosi, mettendo così al sicuro dalle possibili simulazioni.

Ormai è universalmente accettato che la scelta del sintomo possa servirsi di una preesistente malattia organica, di cui ha bisogno per configurarsi. Per dirla in parole povere: *il sintomo si sviluppa in un organo inferiore*. Si può anche dire che si manifesta con modalità strettamente apparentate con quelle normali, sia come subitane reazioni emotive, che con condizioni permanenti quali tremori, vomito, occhi sbarrati, balbuzie, etc. come fenomeni, quindi, di immedesimazione. Pochi sono stati i tentativi di spiegare queste fissazioni. La spiegazione favorita è che il carattere nevrotico sia responsabile tanto di

questa tendenza alla fissazione quanto della labilità dei sintomi. Un'altra spiegazione aggiuntiva viene data dalla «posizione» del nevrotico, perché egli fisserebbe i suoi sintomi, *immedesimandosi* in essi, quando gli sembra che possano fargli raggiungere i suoi scopi, proprio nello stesso modo con cui egli è anche in grado di por termine ai suoi sintomi. Lo stesso fenomeno può essere riscontrato fra persone normali e nell'ambito della normalità.

### Bibliografia\*

1. ADLER (1916), Vortrag in der militärärztlicher Sitzung in Krakau, November 1916.
2. ALT (1917), *Archiv für die gesellschaftliche Psychologie*, 57, 2.
3. BLENCKE (1917), *Münchener medizinische Wochenschrift*, 32.
4. DUBOIS (1916), Neurologische Gesellschaft, Bern, 1916.
5. HEINZE (1917), Medizinische Sektion der schlesischen Gesellschaft für väterliche Kulturraum Breslau, 9 März 1917.
6. IMHOFER (1917), *Wiener klinische Wochenschrift*, 23.
7. JALOWICZ (1917), *Zeitschrift für die gesellschaftliche Neurologie und Psychiatrie*, 36, 1 e 2.
8. JOLLY (1917), Versammlung mittel deutscher Psychiater und Neurologen, Dresden, 6 gennaio 1917.
9. KEHRER (1917), *Zeitschrift für die gesellschaftliche Neurologie und Psychiatrie*, 36, 1 e 2.
10. KRAUS, *Kriegsärztliche Abende*.
11. LEUßER, (1917), *Münchener medizinische Wochenschrift*, 23.
12. LEWANDOWSKY (1913), *Münchener medizinische Wochenschrift*, 30, feldärztlicher Beilage.
13. LIEBERMEISTER (1917), *Über die Behandlung von Kriegsneurosen*, Halle.
14. MANN (1917), *Deutsche medizinische Wochenschrift*, 29.
15. MEYER (1917), *Therapeutisches Monatsheft*, Juni 1917.
16. MINKOWSKI (1917), Medizinische Sektion der schlesischen Gesellschaft für väterliche Kulturraum Breslau, 9 März 1917.
17. MOHR (1915), *Medizinische Klinik*.
18. NAEGELIS (1917), *Unfall und Begehrungsneurosen*, Stuttgart.
19. NONNE (1917), Wandervers des südwestdeutschen Neurologen und Psychiater, Baden Baden, Juni 1917.
20. QUENSEL (1917), Versammlungmittel deutscher Psychiater und Neurologen, Dresden, 6 Januar 1917.
21. RAETHER (1917), *Archiv für Psychologie*, 57.
22. ROTHE (1917), *Zeitschrift für die gesellschaftliche Neurologie und Psychiatrie*, 36.

23. SAUER (1917), *Zeitschrift für die gesellschaftliche Neurologie und Psychiatrie*, 36, 1 e 2.
24. SCHANZ (1916), *Münchener medizinische Wochenschrift*, 12.
25. SCHUSTER (1916), *Neurologische Zentralblatt*, 12.
26. SOMMER (1917), *Versammlung Mitteldeutscher Psychiater und Neurologen*, Dresden, 6 Januar 1917.
27. STERN (1917), *Sommers Klinik für Psychiatrie und nerven Kranke*, 10, 1.
28. STERTZ (1916), *Ostdeutscher Verein für Psychiatrie*, Dezember 1916.
29. STRASSER (1917), *Schweizer Korrespondenzblatt*, 9.
30. STRÜMPELL (1916), *Medizinische Klinik*, 18.
31. TRÖMMER (1917), *Ärztlicher Verein in Hamburg*, 22 Mai 1917.
32. WEICHBRODT (1917), *Archiv für die gesellschaftliche Psychologie*, 57, 2.
33. ZANGGER (1916), *Neurologische Gesellschaft*, Bern 1916.

\* Questa bibliografia rispetta il testo originale di Alfred Adler e pertanto non corrisponde alla forma odierna adottata dalla Rivista di Psicologia Individuale.