

SILVIA FARINA, ALBERTO ANGLÉSIO

IL BAMBINO VIZIATO

Nel capitolo «Superamento dell'inferiorità» del «Discorso sulla metapsicologia» Carotenuto scrive che «Alfred Adler è stato... l'autore più derubato della storia della psicologia, in quanto le sue scoperte e le sue concezioni sono entrate... a far parte del linguaggio comune della psicologia senza che gliene sia stato riconosciuto il merito» e che «...si differenziò però dagli altri due Freud e Jung, perché la sua indagine non è stata tanto rivolta alla comprensione dei meccanismi psichici inconsci, quanto a quegli aspetti psicologici abbastanza evidenti e riconoscibili anche da persone dotate solo di buon senso.» Prosegue affermando che «bisogna impegnarsi intellettualmente per capire Freud, Jung e la Klein, ma non è difficile capire Adler, poiché...», citando Ellenberger «...non si prefigge tanto di giungere alle più profonde radici dei problemi, quanto di fornire principi e metodi che ci mettano in grado di acquisire una conoscenza pratica di noi stessi e degli altri».

Una lettura approfondita della teoria adleriana consente di capire che le proposizioni enunciate della psicologia individuale offrono il vantaggio di essere «riconoscibili anche da persone dotate solo di buon senso» ma fornisce anche la via per la comprensione dei meccanismi psichici dell'inconscio.

Questo lavoro prende in considerazione l'essere stati viziosi e, in subordine, l'essere stati o l'essersi sentiti trascurati, fattori cui Adler, assieme all'inferiorità d'organo, attribuisce un ruolo di primo piano nella etiologia delle nevrosi.

Gli autori si sono proposti di verificare se esiste una concordanza tra il dato anamnestico «viziatura infantile» e il «carattere nervoso», se esiste un rapporto tra diagnosi e viziatura, se questa abbia generato una distorsione nella percezione del soggetto con caratteristiche simili in tutti i casi e, infine, se richieda modalità di trattamento particolari.

Sono stati esaminati casi di pazienti in psicoterapia. L'indagine non è statisticamente significativa per l'esiguità numerica e le caratteristiche del campione. Qualsiasi tipo di valutazione relativa alla popolazione dei casi di uno psicoanalista non può essere significativa e le possibilità di comparazione con le altre popolazioni analoghe e con la popolazione generale sono circoscritte solo ad alcuni parametri in quanto esiste una doppia selezione nella formazione del campione: la prima relativa alla tipologia del soggetto che si sottopone al trattamento e all'impossibilità di effettuare controlli su campioni di «normali»; la seconda alla scelta dell'analista. Quest'ultima dipende da due fattori, costituiti da un lato dalla selezione di casi che l'analista fa con il primo colloquio e dall'altro dalla scelta che il paziente opera nella selezione dell'analista, per cui si potrebbe sostenere che, paradossalmente (ma questo non è inverosimile), ogni analista si trovi a trattare un solo tipo di patologia.

Il campione cui si fa riferimento per questa indagine è composto di quaranta pazienti, diciotto maschi e ventidue femmine.

L'ipotesi di lavoro è: la «viziatura» infantile è un rapporto affettivo di privilegio di cui il paziente gode nell'infanzia, che gli fornisce la percezione di una dimensione affettiva non riproducibile nel successivo rapporto con il sociale; questa percezione determina l'insorgere di una sensazione nel contatto con il mondo e sposta verso la ricerca della situazione di privilegio originaria con i più svariati

«artifici» nevrotici o psicotici, provocando un malessere esistenziale che si manifesta in modo differente nei vari soggetti considerati.

La viziatura può essere «assoluta» o «relativa», ma essa è in entrambi i casi generatrice di problemi psicologici. Esistono casi in cui parlare di viziature sembra un paradosso in quanto si tende ad assumere come prototipo di «viziato» il figlio unico iperprotetto.

Ma all'origine della nevrosi si può trovare una viziatura «relativa» e cioè una condizione stabilitasi all'interno di una situazione infantile ben lontana dall'idea cui il concetto del figlio unico porta a pensare. Un soggetto orfano di genitore, ad esempio, divenuto oggetto di particolare attenzione e protezione da parte del genitore superstite o dei parenti, nel tentativo di compensare la perdita, è viziato. La viziatura può essere fornita anche da persone estranee al nucleo familiare. Uno dei casi esaminati aveva un padre rigido e scoraggiante e una madre affettivamente fredda e distaccata. La vita infantile, svoltasi in un piccolo paese, consentì di ottenere simpatie e privilegi «vizianti» al di fuori della famiglia.

L'analisi dei casi ha evidenziato che la viziatura infantile non richiede sempre un intervento centrato sul problema e raramente provoca un malessere che si mantiene anche dopo che il trattamento analitico in corso ha apportato cambiamenti nello stile di vita.

Il dato «viziatura» risalta nell'anamnesi psicologica di ventisette soggetti ed è in accordo con la posizione nella costellazione familiare: quattordici sono figli unici, tredici primo od ultimogeniti.

Solo in un caso la posizione di figlio unico non ha comportato viziature. La paziente è orfana di padre e la

madre ha un'atteggiamento egoisticamente centrato su di sé e sui problemi derivati dal lutto: questo ha generato nella figlia la sensazione di essere trascurata.

Non si osserva invece alcuna correlazione tra viziatura e diagnosi clinica nella popolazione esaminata.

Altri undici casi presentano dinamiche familiari infantili che hanno generato la sensazione di «essere trascurati»; queste dinamiche hanno determinato l'insorgere di un vissuto di esclusione, anche se con modalità differenti a seconda dei casi: atteggiamento di esclusione verso il soggetto, oppure percezione di un trattamento di privilegio per altri componenti della fratria.

La correlazione viziatura-esclusione e la loro rilevanza nella genesi delle nevrosi sono comprensibili se si considera che sono connesse entrambe con la sfera affettiva.

La correlazione con la sfera affettiva consente di capire il motivo per cui viziatura ed esclusione provocano una distorsione del rapporto con il sociale. I caratteri con cui questo rapporto viene percepito sono però diversi nel viziato e nell'escluso. La viziatura consente al soggetto di sperimentare una relazione infantile privilegiata, all'interno della quale l'accettazione da parte degli altri è incondizionata; egli è costantemente al centro dell'attenzione del microcosmo familiare, indipendentemente dal suo modo di porsi. L'escluso vive invece l'esperienza di una distanza che non si modifica nonostante gli sforzi fatti per conquistare gli altri.

Nel contatto con il mondo esterno il viziato percepisce una «differenza» nella qualità dell'atteggiamento che gli altri hanno verso di lui: non è più al centro dell'attenzione e l'accettazione non è più incondizionata. Questo genera una serie di reazioni finalizzate alla riconquista della posizione

di centralità e fornisce la percezione di una distanza dagli altri derivante dalla differenza esistente tra quanto ha sperimentato nella situazione di viziatura e quando vive nel rapporto con il sociale.

Anche l'escluso percepisce una distanza in quanto è condizionato dall'esperienza di un rifiuto da parte degli altri. Ma, se il viziato percepisce questa differenza come un difetto dovuto al sociale e tende ad aggredire il sociale cercando di modificarlo, l'escluso percepisce il difetto come dovuto a sé e il sociale come qualcosa verso cui è ambivalente: oscilla tra il desiderio di inserirsi ed essere accettato e l'aggressività generata dalla sensazione di rifiuto. Da questa differenza trae origine il fatto che l'escluso vede l'altro come se fosse un «desiderato irraggiungibile» e cerca di modificarsi per essere accettato. Il viziato, invece, vede l'altro come «sbagliato» e cerca di modificarlo.

In alcuni soggetti le due problematiche coesistono: essi sono stati al contempo viziati ed esclusi e sviluppano contemporaneamente un'esigenza di adeguamento del Sé e di modificazione dell'altro.

La strategia della terapia del soggetto escluso è relativamente più semplice, in quanto la situazione psicoterapeutica fornisce già di per se stessa quella sensazione di accettazione che egli desidera e il processo d'incoraggiamento favorisce il recupero.

Per il viziato anche il terapeuta può essere parte di quel mondo da modificare da cui si sente circondato. Se il terapeuta si sposta verso il paziente corre il rischio di vizziarlo creando una modalità di relazione che è difficile modificare successivamente, perché il viziato è esigente e tende a costringere all'infinito il terapeuta a spostarsi col rischio di un fallimento della terapia.

Adler, nel capitolo dedicato al caso di una bambina viziata, suggerisce che il primo passo consista nel «consentirle di menzionare le sue buone qualità»; l'atteggiamento che ha assunto Mosak nella dimostrazione dell'analisi della costellazione familiare e dello stile di vita, presentata al congresso di Montreal, utilizza la sottile ironia per conquistare il soggetto e impedirgli di percepire l'altro come distante, offrendogli contemporaneamente uno specchio della propria immagine sul quale le componenti di difesa sono rappresentate in modo accettabile in quanto caricature.

Dal confronto tra gli scritti adleriani e le strategie di Mosak si rileva l'importanza che assume ai fini del successo della terapia il modo in cui questa viene impostata all'inizio e quindi il riconoscimento precoce dello stile di vita del soggetto allo scopo di sfruttare sin dalle prime sedute la relazione col paziente in un modo che sia funzionale non già ai desideri, bensì ai reali bisogni intesi in senso terapeutico.

Questa situazione teorica ideale è facile da elaborare quando si progetta a tavolino una strategia finalizzata alla soluzione del problema, ma nella pratica non sempre è possibile attenersi rigorosamente a queste indicazioni.

Si potrebbe risolvere il problema affermando che, se non esiste una vera motivazione, non si può fare analisi: ma questa soluzione non è condivisa dagli autori, che sono dell'opinione che i motivi dell'accesso al primo colloquio con un terapeuta originano spesso da problematiche contingenti per le quali il terapeuta intravede come soluzione l'analisi personale, mentre questa soluzione non è considerata dal paziente che chiede che «gli venga tolta la propria sofferenza».

È opinione degli scriventi che il compito dello psicolo-

go individuale sia offrire alla domanda che viene posta una risposta «risolutiva». Ma il cammino è breve solo in alcuni casi: si tratta di soggetti che hanno già compiuto per conto proprio una meditazione sull'analisi, che sono consapevoli del fatto che il problema è in loro stessi e che sono desiderosi di risolverlo. Per altri casi il cammino dal primo colloquio all'analisi è lungo e propone al terapeuta la scelta tra un irrigidimento all'interno del cosiddetto setting analitico, cui il paziente può accettare di accedere o meno, e l'assunzione di una posizione elastica, sicuramente non analitica in senso ortodosso, finalizzata a entrare in contatto con il paziente.

La seconda scelta comporta però dei movimenti verso il paziente che costringono il terapeuta a sbilanciarsi temporaneamente con una «presa in carico».

Quanto asserito potrà essere oggetto di critiche da parte dei puristi della psicoterapia analitica, ma è opinione degli autori che la psicologia abbia trovato origine nel contesto delle scienze mediche allo scopo di «aiutare a guarire» i soggetti che presentano malattie della psiche e che l'obiettivo più importante che essa può porsi è quello di riuscire ad aiutare coloro che sono affetti da tali malattie a «guarire». Se è vero che la psicoterapia è nata per i pazienti, non è vero il contrario.

Pertanto la psicologia non può essere rigida, ma dev'essere uno strumento duttile ed elastico in grado di adattarsi alle situazioni differenti che le diverse malattie della psiche propongono all'osservazione e all'intervento dello psicologo.

Fatte queste premesse, si propone il problema della rilevanza che la dinamica «bambino viziato» assume nell'ambito del trattamento analitico in quei casi in cui i colloqui

iniziali hanno costretto il terapeuta, per le ragioni esposte, a spostarsi dalla propria posizione verso il paziente.

Dalla casistica presentata si osserva in primo luogo che, anche se il problema della viziatura infantile compare in ventisette casi, la sua presenza è rilevante ai fini della risoluzione del caso per undici di essi.

Fra questi undici l'interpretazione della viziatura infantile è stata problematica solo per quattro pazienti, che appartengono proprio a quel tipo di soggetti cui si è appena fatto riferimento: si tratta cioè di persone che si sono presentate al terapeuta portando un problema da risolvere e richiedendo una «presa in carico», ma «mettendo condizioni». Un atteggiamento rigido avrebbe provocato l'interruzione delle consultazioni.

Ma la strada «morbida» scelta ha costretto il terapeuta a spostarsi e ad assecondare le esigenze del paziente, richiedendo un successivo lavoro di lenta modificazione del rapporto che consentisse di incidere sulle dinamiche del caso.

Per comprendere la strategia da usare in questi casi ci si deve rifare ad alcuni aspetti teorici. Lo «essere stati viziati» ha generato, prima della nevrosi compensatoria, l'insicurezza, in quanto ha determinato la formazione di una «immagine del Sé» inferiore, originatasi dalla comparazione con il sociale. Il problema centrale è costituito dal complesso d'inferiorità e sull'inferiorità il terapeuta deve centrare la propria attenzione.

Da questo vissuto di inferiorità nascono nel soggetto insicurezza e aggressività. L'aggressività stessa è secondaria e può essere finalizzata a richiamare su di sé l'attenzione oppure a correggere il sociale per un tentativo di autoaffermazione o di difesa.

La strategia da usare nella terapia del viziato mira a evidenziare e correggere il sentimento d'inferiorità. Questa strategia è comune a quella da utilizzare per la correzione del vissuto di esclusione e si ottiene con il processo di incoraggiamento.

Nel caso del viziato il tentativo di far emergere il complesso di inferiorità può provocare un rifiuto, in quanto questi, centrato sull'elevazione dell'immagine del Sé, tende a rimuovere qualsiasi tentativo che venga percepito come «essere messo in basso». In questa fase un rapporto positivo con il terapeuta consente di centrare l'attenzione del paziente sulle contraddizioni costituite dai sintoni che lo hanno spinto alla consultazione.

Solo dopo che il complesso d'inferiorità è stato accettato dal soggetto si può fare riferimento alla viziatura. Tentativi di interpretazione precoci determinano invece l'insorgere di un senso di colpa, perché l'immagine del genitore viziante viene percepita come una critica e genera un senso di colpa verso il genitore, senso di colpa che ha lo scopo di mantenere intatta la finzione collegata alla figura del genitore stesso.

Anche la presentazione dell'immagine di «soggetto viziato» viene rifiutata in quanto percepita come inferiorizzante perché negativa culturalmente. Il termine viziato deriva da vizio come «tendenza al male, difetto, cattivo vezzo, scorrettezza, imperfezione fisica o fisiologica» (cfr. Dizionario della lingua italiana). Il significato stesso del termine è inferiorizzante e, anche se sembra pleonastico ricordare che il bambino viziato è il prodotto di un genitore che «ha viziato» cioè che ha «educato male, con soverchia indulgenza» (cfr. Dizionario della lingua italiana), proprio per questo può essere rifiutato. Il termine adleriano dovrebbe essere sostituito con un altro linguisticamente più adeguato. Ma

questo non è facile, né è di aiuto il Dizionario dei sinonimi che contribuisce a peggiorare l'immagine o ne diminuisce l'efficacia.

Il termine «viziato» sembra essere l'unico realmente efficace ma, per essere usato senza sortire gli effetti inferiorizzanti di cui sopra, si deve curare la modalità di presentazione dell'interpretazione, che deve mirare a centrare l'attenzione sulla figura del personaggio che ha viziato portando il paziente a percepire solo le conseguenze di questo, cioè il proprio essere viziato.

In conclusione si può osservare che, nella casistica presentata, il concetto adleriano di viziatura infantile è presente come fattore etiologico dello sviluppo della nevrosi o della psicosi dell'adulto in un numero rilevante di casi. Al di là del problema dell'interpretazione, che richiede attenzione nel trattamento solo in una esigua percentuale di casi, l'analisi del concetto ha consentito agli autori di verificare come esista una dinamica che, in molti pazienti, interferisce sia con la sfera affettiva, sia con il sentimento sociale ed è alla base della mancanza del sentimento sociale. Questa dinamica è relativa all'accettazione primordiale sia nel senso di iper-accezzazione (bambino viziato), sia nel senso di ipo-accezzazione (bambino trascurato). Esiste una correlazione inversa tra la posizione di viziato e quella di rifiutato, correlazione che determina un diverso atteggiamento verso il Sé e verso il sociale, andando a sfociare nel cosiddetto «narcisismo» per il viziato, verso la depressione per il rifiutato. La correlazione con la sfera affettiva chiarisce la portata e la profondità del concetto adleriano di «bambino viziato», in quanto il vissuto affettivo si collega con la capacità di realizzare progetti esprimendo in questi la propria creatività. Se questa possibilità viene a mancare, si determina una perdita dell'equilibrio psichico che sposta il soggetto verso l'acquisizione dei meccanismi compensatori sotto forma di artifici nevrotici.

BIBLIOGRAFIA

- ADLER A., *La compensation psychique de l'état d'infériorité des organes*, Payot Paris, 1956.
- ADLER A., *Il temperamento nervoso*, Astrolabio, Roma, 1971.
- ADLER A., *La psicologia individuale*, Newton Compton, Roma, 1975.
- ADLER A., *Superiority and social interest*, Edited by Ansbacher H.L. and Ansbacher R.R., Norton & Co., New York, 1979.
- ADLER A., *Cos'è la psicologia individuale*, Newton Compton, Roma, 1976.
- ADLER A., *Psicologia individuale e conoscenza dell'uomo*, Newton Compton, Roma, 1975.
- ADLER A., *The structure of neurosis*, Int. J. of Individual Psychology, July 1975, pp. 3-12.
- ADLER A., *Prevention of neurosis*, Int. J. of Individual Psychology, 1935, VI, pp. 3-12.
- ADLER K.A., *La psicologia individuale di Adler*, in Wolman B.L., *Manuale delle tecniche psicoanalitiche e psicoterapeutiche*, Astrolabio, Roma, 1974.
- ADLER K.A., *Radical and traditional psychology of Alfred Adler*, University of Oregon, October 1976.
- ADLER K.A., *Philosophical and sociological concepts in adlerian psychology*, *Proceedings of the Symposium: The individual psychology of Alfred Adler*, University of Oregon, October 1976.
- ADLER K.A., *The relevance of Adler's psychology to present day theory*, Amer. J. Psychiat., 127.6, December 1970.
- ADLER K.A., *Power in adlerian theory, from Science and psychoanalysis*, Vol. XX; *The dynamics of power*, ed. by Masserman J.H., Grune & Stratton, 1972.
- ADLER K.A., *Adler Alfred (1870-1937)*, from *International Encyclopedia of Psychiatry, Psychology, Psychoanalysis and Neurology*, Aesculapius Publ., 1972.

- ADLER K.A., *Therapy: Adlerian, from International Encyclopedia of Psychiatry, Psychology, Psychoanalysis and Neurology*, Aesculapius Publ., 1972.
- ANGLÉSIO A., FARINA S., *La finzione di Adler: una prospettiva verso il futuro per la Psicologia Individuale*, Rivista di Psicologia Individuale, N.N. 24-25, pp. 73-83, 1986.
- ANSBACHER H.L., ANSBACHER R.R., *The individual psychology of Alfred Adler*, Harper & Row, New York, 1964.
- BOTTOME P., *Alfred Adler*, The Vanguard Press, New York, 1957.
- CAROTENUTO A., *Discorso sulla metapsicologia*, Boringhieri, Torino, 1982.
- ELLENBERGER H.F., *La scoperta dell'incoscio*, Boringhieri, Torino, 1972.
- FARINA S., ANGLÉSIO A., *Associazioni: strumento della psicoterapia analitica*, Atti del III Congresso Nazionale della S.I.P.I., Rivista di Psicologia Individuale; N. 20-21, pp. 59-64, 1984-1985.
- FORGUS R., SHULMAN B., *Personality: a cognitive view*. Prentice-Hall Inc., Englewood Cliffs, 1979.
- HALL C.S., LINDZEY G., *Teorie della personalità*, Boringhieri, Torino, 1976.
- LANGS R., *La tecnica della psicoterapia psicoanalitica*, Boringhieri, Torino, 1979.
- MOSAK H.H., MOSAK B., *A bibliography for adlerian psychology*, John Wiley & Sons Inc., New York, 1975.
- MOSAK H.H., *Life style assessment: a demonstration focused on family constellation*, J. of Individual Psychology, 28, pp. 232-247, 1972.
- MOSAK H.H., DREIKURS R., *Adlerian Psychotherapy*, in Current Psychotherapies, ed. by Corsini R., Peacock Publ. Inc., Itasca, 1973.
- PARENTI F., *La Psicologia Individuale dopo Adler*, Astrolabio, Roma, 1983.
- PARENTI F., *Alfred Adler*, Laterza, Roma, 1987.

- PARENTI F., PAGANI P.L., *Lo stile di vita*, De Agostini, Novara, 1987.
- PARENTI F., ROVERA G.G., PAGANI P.L., CASTELLO F., *Dizionario ragionato di Psicologia individuale*, Cortina, Milano, 1975.
- PARENTI F., PAGANI P.L., *Dizionario alternativo di psicoanalisi*, Quaderni della Rivista di Psicologia Individuale, Milano, 1984.