

CHIARA MAROCCO MUTTINI

A PROPOSITO DEL RUOLO DEL TERAPEUTA
DI SCUOLA ADLERIANA CON L'ADOLESCENTE

(Esemplificazione di casi clinici)

Introduzione

La psicoterapia dell'adolescente presenta una serie di problemi specifici che pongono la necessità di soluzioni tecniche spesso svincolate da rigidi riferimenti concettuali (Freud A., 1972; Schneider, 1977; Josselyn, 1969; Mâle, 1980).

In particolare mi voglio riferire al maggior coinvolgimento dello psicoterapeuta in quanto persona reale, collocato in un dato contesto storico-sociale. Su di lui non convergono solo le identificazioni proiettive (Grinberg, 1976) del paziente, ma egli viene ad assumere il significato di un modello di identificazione, alternativo o sostitutivo rispetto a quello genitoriale (Berman, 1969; Parenti, 1970; Muttini, 1980); egli viene anzi a giocare una funzione trasformativa sia a livello della sfera affettiva, sia cognitiva del paziente. Questa azione direttamente pedagogica è ammessa dalla scuola di psicologia individuale, anzi ne costituisce una finalità, tendente ad eliminare compensazioni patologiche e sostituirle con altre positive (Parenti, 1970). Tale finalità, che si situa come uno dei cardini della strategia psicoterapeutica della scuola (Parenti, 1982; Rovera, 1981), risulta di importanza insostituibile nelle terapie condotte con pazienti in età evolutiva (Adler, 1930).

In base alla mia esperienza clinica ho osservato che l'individuazione dello stile di vita (Canziani, 1981) dell'adolescente permette talora di rilevare come comportamenti adottati sulla base della adesione a modelli presentati come positivi dall'ambiente si inseriscano alla stregua di compensazioni neurotiche su una conflittualità profonda.

Ho inteso, in questo intervento, portare l'attenzione su un fenomeno che, almeno a far conto della mia esperienza professionale, mi appare tutt'altro che infrequente. Non voglio fare generalizzazioni ma solo far convergere l'attenzione su una possibile utilizzazione neurotica del fenomeno stesso. Mi riferisco allo studio della danza, che è diventato per le ragazzine un fatto di costume assai diffuso. Contrariamente ad altre attività artistiche, nel campo ad esempio delle arti figurative, o musicali, la pratica della danza non può, se non in rarissimi casi, essere imparata con finalità di professione futura o di hobby: in certi casi potrebbe assumere il significato di comportamento adottato come meta fittizia.

È persino ovvio che, superata l'adolescenza, le incombenze della vita familiare e lavorativa renderanno nella grande maggioranza dei casi incompatibile il proseguimento dell'attività stessa. Eppure lo studio della danza viene per lo più impartito nella finzione di una frequentazione permanente, che richiede dedizione e sacrifici.

Anche in famiglie dove la scelta della danza come professione sarebbe sgradita o apertamente osteggiata, molte ragazze sono incoraggiate a dedicarvisi, non tanto perché divertente o salutare, ma sulla base di motivazioni improprie, ad esempio nell'illusione di una promozione sociale: è di moda avere una figlia che «studia danza». Ciò viene considerato gratificante per la famiglia, anche se l'attività stessa risulta circoscritta all'adolescenza.

All'interno della scuola di danza, però, l'insegnamento impartito porta a vivere come serio e definitivo l'impegno stesso. Fra i requisiti richiesti, oltre alla costante applicazione, c'è quello di avere un corpo particolarmente snello, e questo diventa oggetto di una attenzione sollecitata dai modelli estetici di riferimento. Il corpo è quindi caricato di una importanza estrema, oggetto di amore se corrisponde ai canoni richiesti dall'«ideale della magrezza» ma oggetto di odio se si modifica verso connotati femminili. Tutto ciò in un periodo nel quale le trasformazioni del corpo sono imponenti, e in cui la conquista di un'immagine di sé adulta è uno dei temi di conflitto preminenti della crisi adolescenziale anche vissuta nei limiti fisiologici (Blos, 1962; Schonfeld, 1969; Sours, 1969; Bruch, 1969).

La «mistica del corpo» (Laxenaire, 1978) fomentata e enfa-

tizzata può venire ad articolarsi con problematiche non risolte inerenti alla identità femminile adulta (Marocco Muttini, Fagiani, 1982) e innestare quindi una compensazione patologica, che si rischia, per motivi di ordine culturale, di misconoscere al suo insorgere.

Si può infatti osservare una problematica di questo genere in alcuni disturbi tipici dell'adolescenza, cioè le disoressie, come l'anoressia mentale tipica e le varie forme collaterali di altri disordini del comportamento alimentare o del ciclo mestruale. In certi casi si può ipotizzare che la necessità di dimagrire e di osservare rigidamente una dieta, per questioni inerenti la pratica della danza, diventi un modo di dare una giustificazione razionale a una istanza profonda, derivante da un conflitto intrapsichico ben preciso e serio. La copertura di esso, o addirittura l'avallo ai comportamenti che ne derivano da parte dell'ambiente familiare o esterno, tendono a protrarre la presa di coscienza di situazioni che andrebbero invece riconosciute nella loro entità psicopatologica.

Contributo personale e casistica

Ho voluto esemplificare il mio assunto con tre casi, scelti fra i molti da me incontrati, che risultano particolarmente esemplificativi. Ho scelto tre ragazze, venute all'osservazione su sollecitazione dei familiari; le prime due erano affette da un comportamento tipicamente anoressico. L'ultima era depressa, aveva compiuto un tentativo di suicidio motivato dal fatto di «essere irrimediabilmente obesa». Oltre all'indagine clinica ho sottoposto le pazienti al test di Rorschach, del quale fornisco i risultati a seguito delle notizie anamnestiche.

Di proposito ho scelto degli esempi a varia espressione clinica per sottolineare che non ritengo si possa parlare di una psicogenesi di un disturbo in relazione diretta con la specifica sollecitazione ambientale, bensì che un problema profondo non risolto può venire ad articolarsi, nel caso dell'adolescente, con le richieste ambientali così da essere sottovalutato o rinforzato.

Il desiderio di essere magra potrebbe apparire come una scelta razionale, nell'ambito di un comportamento adattato all'ambiente, mentre proprio l'adattamento stesso sarebbe l'unica compensazione che il soggetto ha saputo adottare, una sorta, mi

si consenta, di adattamento fittizio, e perciò fragile, mentre problematiche importanti restano irrisolte.

Caso 1°

Ragazza di 16 anni, figlia unica, famiglia della piccola-borghesia. Frequenta il liceo con ottimi risultati perché studiosissima. Non ha interessi culturali oltre lo stretto impegno scolastico. Poco socializzata, ad eccezione che con qualche amica. Timidissima coi ragazzi, anche a scuola parla con loro solo se direttamente interpellata. Fin dalle elementari frequenta una scuola di danza classica, con lezioni quotidiane. Nei suoi progetti per il futuro si dice combattuta tra due professioni: ballerina o biologa. Non riesce a progettare in concreto una propria vita familiare futura, pur ammettendo che «in genere le donne si sposano e hanno figli».

Da qualche mese, dopo un menarca e prime mestruazioni regolari, ha iniziato a vomitare ogni volta che mangia. È dimagrita vistosamente (pesa 34 kg.). È amenorroica.

Al test di Rorschach il soggetto ha fornito un numero di risposte molto abbondante, in un tempo proporzionato. Ha mostrato quindi buona fluidità ideativa e una notevole produttività anche dai numerosi contenuti; gli automatismi del pensiero sono regolari (A%), e la precisione è alta (F + %). Il dinamismo è presente (K; FK), anche se non abbondante (soprattutto in rapporto al numero di risposte).

Esistono valenze immature, non completamente espresse (\rightarrow FK; \rightarrow k). L'interesse è rivolto più alla visione di insieme che alla analisi; si nota la tendenza ad una generalizzazione del resto abbastanza efficace (F+). Nell'analisi il soggetto è meno efficiente (Do).

Il livello intellettuale, dall'insieme di questi dati, appare buono; il pensiero è più portato alla riflessione (F%) che alla costruzione (relativamente poche K); pur con normali automatismi, si nota qualche tendenza alla stereotipia ossessiva.

Il contatto con la realtà è mantenuto; la capacità di aderire al modo di pensare di tutti, pur non essendo particolarmente sviluppata, è almeno sufficiente (n° di Ban). Si nota qualche

tendenza all'anticonformismo (Dbl; DblD).

Il contatto con gli altri è pochissimo sviluppato e anche poco desiderato (1 Hd; H% basso). Anche l'affettività è troppo poco adattata (1 FC) per permettere di stabilire un buon rapporto con altri. Può essere significativo notare dai contenuti che la figura umana è vista in modo infantile, o parzialmente nascosta (persone che si affacciano dietro un pino alla IV), mentre la Ban della III tav. è vista solo all'inchiesta e svalorizzata («negra»).

L'affettività si presenta particolarmente disadattata, impulsiva: il T.R.I. è rivolto in senso extratensivo, con discordanza tra le due formule, segno di immaturità, che è confermata dalle risp. «riflesso» indice di egocentrismo di tipo narcisistico. Le istanze affettive si riversano all'esterno, con scarso controllo (risp. C e CF; lato intratensivo non molto accentuato). Sia il tipo di affettività, sia i contenuti, segnalano meccanismi di conversione isterica e fobici, data anche l'attenzione polarizzata sul corpo (risp. Anat, ferita, san). Gli shock al rosso e al colore sono nettamente prevalenti rispetto allo shock al nero, poco pronunciato (principali Ban alle tav. col nero).

Per quanto riguarda i contenuti, è già stata segnalata la mancanza della Ban alla III tav., fornita all'inchiesta («negra»). L'inversione indica un difetto della identificazione personale. La difficoltà a percepirsi si rispecchia anche alle tav. femminili dove le risposte a contenuto ludico e «vestito» indicano sia l'immaturità, sia la tendenza a difendersi «mascherandosi». D'altra parte una risposta Dbl (tav. IX) segnala l'opposizione nei confronti della figura materno-femminile (confermata dal rifiuto all'inchiesta).

La figura maschile suscita ansia (EF; FE) come la tav. sex. (persev.). Alle tav. sono però fornite le Ban, segno di possibilità di accettare il modo di vedere della maggioranza.

In conclusione nel protocollo si osservano una personalità con immaturità della organizzazione strutturale e difese neurotiche di tipo prevalentemente fobico-isterico (T.R.I. extratensivo, CF e C, contenuti).

L'Io del soggetto presenta un discreto livello intellettuale e poche possibilità di adattamento, in minoranza rispetto ai segni di egocentrismo (CF, riflesso).

La buona efficienza intellettuale viene usata non infrequentemente come difesa («complesso di intelligenza») mentre non sono evidenti segni di ripresa attraverso l'adattamento, sostituito tutt'al più dalla rimozione.

Caso 2°

Anni 16. Primogenita, famiglia borghese, con padre professionista. Frequenta il liceo con scadenti risultati, tanto che vuole interrompere gli studi. Fin da piccola è iscritta ad una scuola di danza, che attualmente frequenta quotidianamente. Il suo progetto è di dedicarsi alla danza classica, anche se è attirata pure da altre professioni, sempre in campo artistico, come la recitazione. Poco socializzata tra le coetanee. Ha avuto un legame sentimentale che l'ha delusa.

Da qualche mese è anoressica e amenorrea. Ha iniziato a dimagrire volontariamente; ora presenta saltuari episodi bulimici che hanno provocato una risalita del peso, non accettata dalla paziente.

Al test di Rorschach il soggetto ha fornito un numero di risposte abbondante, in un tempo proporzionato. Ha dimostrato quindi una discreta fluidità ideativa, confermata anche dall'elevato numero di contenuti. Gli interessi appaiono però meno validi di quanto il numero dei contenuti lascerebbe supporre perché le risposte sono, in parte almeno, imprecise («colore», «macchie») o astratte («astraz., simbol.») segni di un pensiero che tende ad essere troppo poco aderente al concreto.

Il dinamismo è appena sufficiente, soprattutto tenendo conto dell'elevato numero di risposte. Si noti che alla III tav., dopo la prima risposta K, un'altra risposta «devit.» indica una ulteriore contrazione del dinamismo. Da notare anche, tra i contenuti, risposte come «animali che non riescono a salire» o «biscia intrappolata» che sembrano proiettivi di un vissuto di costrizione o di impotenza.

La precisione della percezione è bassa (F+ % e altre risposte molto generiche). Gli automatismi sono regolari (A %). Si può da questi dati osservare che le prestazioni razionali non sono brillanti e che il rendimento può essere abbassato ulteriormente per effetto di un disturbo che coinvolge il pensiero: per quanto

la partecipazione di questo alla visione del mondo sia quantitativamente normale (F%) si nota come esso non riesca a mantenere nella realtà un controllo adeguato: le risposte astratte, le numerose confabulazioni, le devitalizzazioni o perseverazioni, la contaminazione alla fine del test, indicano una tendenza al distacco dal reale, anche se per gli automatismi, e un conformismo sufficiente, non si può parlare di interruzione del contatto col reale. È probabile che il tentativo di apparire originale e di accentuare drammaticamente le impressioni possa rendere più accentuato il fenomeno, di quanto non sia veramente strutturale.

Il contatto con gli altri è insufficiente: la figura umana è poco rappresentata nelle risposte (H% basso) per quanto non del tutto assente. L'affettività impulsiva, prevalentemente egocentrica (CF > FC) ostacola l'adattamento interpersonale.

Il TRI è extratensivo in entrambe le formule, molto dilatato e poco controllato per la carenza di dinamismo. L'impulsività risulta quindi insufficientemente controllata, con delle valenze «esplosive» (C pura; risp. «sang»). Sembra che il soggetto avverta nel confronto con gli altri un problema di aggressività reciproca, per i contenuti proiettivi di aggressività e per lo shock al rosso non superato.

Degli altri shock, anche quello al nero non è superato e indica una angoscia radicata, visibile anche dalle EF e FE numerose. L'angoscia sopravanza lo shock al colore, segno che gli aspetti «reattivi» sono secondari per importanza, per quanto vivaci (soprattutto alla IX Tav. con una C pura).

Per quanto riguarda i contenuti, si osserva una difficoltà di identificazione («ermafroditi» alla III Tav.). Si può segnalare anche lo shock sex (risp. «una rottura» seguito da confab. alla VI) non superato.

Nei confronti della figura maschile il soggetto si pone in atteggiamenti particolarmente regressivi (sensi di inferiorità?) o attua difese («devit.»).

La figura femminile appare fredda (risposte «pietra, staltiti») e stimola intensa reazione emotiva (C) che non riesce a strutturarsi in opposizione (→ Dbl).

In conclusione nel protocollo si osserva una strutturazione

di personalità con anomalie di rilievo: un vistoso disadattamento affettivo, con tratti difensivi di tipo fobico (shock al rosso, angoscia) e isterico (TRI; C e CF) ma anche una resa non ottimale dei fattori razionali che fanno presupporre la difficoltà del pensiero a mantenere un aggancio al reale, spesso abbandonato a favore di una fantasticheria confabulata. La «drammatizzazione» dei colori e dei contenuti è certamente un fenomeno isterico, che lascia però intravedere come possibili dei nuclei «psicotici» almeno in senso Rorschach. L'Io del soggetto risulta debole, proprio per l'efficienza razionale non soddisfacente e per la presenza dei radicali nevrotici come possibile «copertura» di nuclei più regressivi. Conferma della fragilità si ha nella mancata ripresa dagli shock, dove anzi si assiste ad uno scadimento delle difese (contam. alla fine del test, confab. e F— alla III).

Caso 3°

Ragazza di 16 anni. Secondogenita di 3 figli. Famiglia appartenente al ceto medio. Una sorella della madre soffre di una grave forma distimica, con episodi in specie della polarità depressiva, frequenti e clamorosi.

Nata prematura, è stata nei primi anni assai gracile; soffriva di episodi febbrili di eziologia non chiara, che fecero anche sospettare una anemia emolitica. A causa di questa situazione, la paziente è stata varie volte ospedalizzata. La madre la seguiva con assiduità e un atteggiamento apprensivo che, per quanto motivato all'inizio, si è protratto anche quando la situazione clinica della ragazza si era ormai normalizzata.

Dopo il menarca (a 10 anni) la paziente ha cominciato ad aumentare di peso. Per quanto ella sia di appetito robusto, l'aumento ponderale risulta in relazione forse anche col tipo costituzionale, ad ossatura forte, che caratterizza i familiari della linea paterna (pesa oltre 70 kg). I tentativi di dimagrire attraverso una dieta hanno dato esito così modesto che la ragazza si è via via scoraggiata, sviluppando un complesso irriducibile legato al proprio aspetto fisico, che ritiene poco attraente; non accetta in particolare le forme femminili del suo corpo e cerca di dissimularle dietro uno stile di abbigliamento sportivo, poco curato, che la fa apparire nettamente più goffa di quanto potrebbe essere, dato il viso grazioso. Dalle elementari ha frequen-

tato una scuola di danza, con buoni risultati. Dopo l'aumento ponderale ha seguitato per qualche tempo ma si è sentita progressivamente inadeguata e svalorizzata.

È giunta all'osservazione perché depressa, da qualche mese. Denuncia a motivo della depressione il proprio aspetto fisico, che giudica «irrimediabilmente brutto». Manifesta sensi di inferiorità verso le altre ragazze «che sono snelle e possono mangiare tutto quello che vogliono». Si è isolata, rifiuta di uscire in compagnia, non è ben integrata a scuola, nonostante il buon profitto. Pochi giorni prima della applicazione del test, aveva compiuto un tentativo di suicidio, peraltro non grave, mediante l'ingestione di farmaci.

Al test di Rorschach, il soggetto ha fornito un n° R nella norma, in un tempo rapido, dando l'impressione di volersi liberare in fretta del compito, a cui si era accinta con qualche reticenza. La produttività risulta buona, con fluidità ideativa, e interessi discretamente variati (n° contenuti). Il livello intellettuale è alto, come viene indicato sia dal dinamismo, sia dalla precisione. A carico del dinamismo si evidenzia però una spiccata immaturità, eccessiva anche per l'età del soggetto (k). Lo stesso dinamismo, poco stenico (uomo seduto) indica che il pensiero non risulta nei fattori creativi così valido come potenzialmente si potrebbe ritenere. Le risorse del pensiero sono del resto minoritarie anche per quanto riguarda l'approccio al mondo esterno (F% basso), basato più sulla spinta emotiva che sulla razionalità. Il pensiero stesso tende anche ad un irrigidimento (F+%) che lo rende efficiente, ma insieme fragile. Gli automatismi sono elevati (A%). Anche se il dato può ancora essere fisiologico per l'età del soggetto, il fatto può indicare, accompagnato all'irrigidimento di cui si è detto, una tendenza depressivo-strutturale.

L'affettività è disadattata, molto labile e impulsiva (CF) e denota una certa suggestionabilità (DG). Non è esclusa tuttavia qualche capacità di adattamento (CF; FE). Il TRI, contrastante nelle due formule, indica una immaturità della personalità. A livello profondo, l'intratensione può segnalare una certa chiusura in sé, che risulta mascherata solo dal disadattamento (CF). Dai fenomeni di shock il soggetto riesce a riprendersi, seppure tardivamente, con il ricorso alla rimozione e alla razionalizzazione.

Quello al colore pare di comparsa più tardiva, segno che lo shock al nero è prevalente. Ne consegue quindi che a livello di struttura l'angoscia profonda è prevalente sulla conflittualità esogena. Per quanto riguarda i contenuti, emerge una identificazione di sé ancora immatura («bambini» alla III tavola). Ugualmente immatura la percezione della sessualità (risposta regressiva «cibo») che è ansiogena (FE). La figura maschile è percepita come temibile, ed è svalorizzata per difesa (Clob P; mutilaz.); quella femminile risulta aggressiva (contenuto «utensile tagliente» alla VII) e mobilita gli aspetti più regressivi della personalità (k). Il soggetto non ha raggiunto una buona identificazione con la figura materna, che sembra temere.

In conclusione il protocollo presenta dei tratti di immaturità della personalità, con alcuni elementi di strutturazione neurotica (CF; shock). L'Io del soggetto è discretamente forte, sia per i fattori razionali buoni, sia perché dimostra capacità di ripresa. Possiede però degli elementi che possono ribaltarsi in una fragilità: utilizza relativamente poco le difese razionali (o almeno solo tardivamente) e in modo accentuatamente rigido. Sembra quindi che l'alternativa ad una prima reazione, basata sulla impressione emotiva (CF), sia una risposta razionale che può anche diventare irrigidimento depressivo.

Considerazioni

L'esame dei protocolli Rorschach fa vedere, pur nelle differenze individuali, problemi di strutturazione che nel 1° caso si possono considerare di tipo neurotico, mentre negli altri due casi lasciano intravedere degli elementi di disorganizzazione anche più severa. Difese fobico-isteriche, utilizzate nei tre casi, potrebbero risultare di copertura, nel 2° e nel 3° rispetto a valenze di tipo psicotico, per quanto l'evoluzione della personalità non possa dirsi, data l'età cronologica, ancora completata.

Al di fuori delle caratteristiche formali varianti da caso a caso, ho voluto approfondire alcuni specifici elementi di contenuto che possono circoscrivere conflittualità precise.

Il Rorschach evidenzia nei tre casi una problematica riguardante la identificazione e il rapporto con la figura femminile.

Nel 3° caso l'identificazione è immatura («bambini» alla III

tav.) e il mangiare e la conseguente obesità possono rappresentare una posizione psicologica regressiva, che ben si accorda con i dati del test (risp. «cibo» alla tav. sex, risposta k alla tav. IX). Rimanere bambina rappresenta forse la soluzione di protezione nei confronti di una competizione fallimentare con la donna adulta, vista come aggressiva (tav. VII). Anche nel caso 2° la figura femminile risulta, se non apertamente aggressiva, almeno distante emotivamente («pietra», «stalattiti») e suscita una opposizione (→ Dbl) che impedisce una adeguata identificazione (incertezze nella identificazione alla III tav.). Il problema sessuale non è risolto in quanto suscita timore di violenza («rottura» alla VI tav.).

Il sintomo anoressico potrebbe così proteggere rispetto all'aggressione, e permettere un rapporto con l'uomo di tipo infantile, nel quale la sessualità non è coinvolta (k alla IV tav.).

Nel 1° caso l'identificazione sessuale sembra compiuta in modo alterato («negre» alla III tav.). La percezione della figura femminile fa rilevare lo sforzo di un adeguamento al conformismo che rimane superficiale, fittizio in quanto richiede un mascheramento (risposta «vestito») rispetto ad un concetto di sé più immaturo (altra risposta di contenuto ludico). Attraverso tale finzione è accettato il ruolo sessuale conformistico (Ban alla VI tav. seppure in seconda posizione, dopo una risposta che svela il tentativo di sublimare le istanze sessuali).

I rilievi fin qui esposti hanno reso indicato nei casi in oggetto il trattamento psicoterapeutico. La figura del terapeuta, forse anche perché di sesso femminile, viene ad essere coinvolta in quanto modello di identificazione secondario e in parte sostitutivo rispetto a verosimili carenze o disfunzionalità che la figura materna ha presentato per i soggetti in questione.

Fra le tematiche da elaborare a livello emotivo c'era in questi casi l'accettazione del proprio corpo femminile; i primi due soggetti, che presentavano una identificazione non corretta (rispettivamente «donne» o «ermafroditi» alla III tav.) avevano adottato la compensazione neurotica di mantenere il loro corpo efebico, asessuato, evitando il contrasto tra la maturazione corporea e l'immagine psichica di sé.

Il 3° caso, attraverso il comportamento bulimico, traduceva

l'im maturità psicologica (immagine di sé come «bambino») approfondendo però il divario tra Io-reale e Io-ideale. La compensazione risultava così del tutto inadeguata a mantenere un equilibrio anche precario, tanto che il soggetto era arrivato al tentativo di suicidio.

Oltre che fornire di supporto ad una nuova e più valida identificazione di sé, il mio intervento poteva essere anche direttamente pedagogico, mirante a fornire, a livello cognitivo, nuove linee di realizzazione, oltre quella della danza, fin qui perseguita in via esclusiva.

Si potrebbero ipotizzare varie motivazioni sottese alla facilitazione che le madri avevano offerto per l'esercizio della danza da parte delle figlie, come valorizzazione personale e promozione sociale perseguite indirettamente; come accade per altre attività quali quelle scolastiche, si osserva spesso nelle madri la tendenza a spingere verso un ruolo attivo le figlie, come compensazione nei riguardi delle proprie rinunce (ruolo di casalinga vissuto come frustrante, passività e dipendenza dall'uomo non riscattate).

Si potrebbe sospettare che, da parte delle madri, la facilitazione fino a quel momento offerta in quella direzione fosse anche un messaggio che sottintendeva la difficoltà a veder crescere le figlie. Come ho detto prima, la pratica della danza viene infatti per lo più limitata al tempo dell'adolescenza, che può pertanto risaltarne indirettamente prolungato.

Nei primi due casi la pratica della danza faceva reggere una compensazione precaria (era vantaggioso essere magre); nel terzo caso una crescita corporea inarrestabile aveva fatto saltare l'unica possibilità di compensazione che il soggetto avesse saputo adottare.

Si può vedere come nei casi in oggetto il caricare di attenzione un settore molto preciso e limitato di attività abbia comportato delle conseguenze non di poco conto sul piano psicopatologico. Le difficoltà ad accettare il proprio corpo e la assunzione, insieme alla nuova immagine femminile di sé, di un ruolo adulto, ne sono state direi esaltate. Ritengo che in casi come questi il ruolo dello psicoterapeuta sia centrale e si giochi a vari livelli: sono consapevole di costituire un modello identificatorio alternativo alla figura materna, talora per certi aspetti

contrapposto, anche se pare opportuno modulare in modo graduale la presa di coscienza di certe contrapposizioni che potrebbero dar luogo a comportamenti sterilmente oppositivi in famiglia. Viceversa attraverso il mio ruolo l'adolescente può vedere nuove e più varie aperture alla propria affermazione di sé e acquisire una accettazione più fiduciosa della propria crescita corporea e cronologica. Il mio intervento poi, benché non intenda essere direttivo secondo un modulo genitoriale, non rimane nemmeno neutro e, direi, astensionistico, in quanto invece si prefigge di sollecitare attivamente aperture rinnovate verso altri aspetti della realtà sociale fino allora ignorati o trascurati. Si tratta cioè molte volte di guidare l'adolescente ad acquisire nuove informazioni che diventano occasione formativa in quanto facciano scoprire potenzialità e risorse personali ancora inesprese. A questo ruolo, dichiaratamente pedagogico, sembra che spesso i genitori abbiano abdicato, o siano impreparati a svolgerlo per motivi di inadeguatezza personale o culturale.

La facilitazione ad affermazioni più complete e diversificate nei vari campi della vita e l'incoraggiamento ad un migliore e paritario inserimento sociale, laddove il sentimento comunitario appare nettamente deficitario, sono interventi complementari e non secondari per importanza, nel trattamento dell'adolescente.

Vorrei concludere sottolineando, e credo in questo di non discostarmi da una «ortodossia» adleriana, che una corretta impostazione pedagogica dell'adolescente dovrebbe far diffidare di scelte di vita univoche e rigide. La personalità dell'adolescente è ancora in formazione e in evoluzione. Privilegiare prematuramente una linea realizzativa può talora costituire una facilitazione nei confronti di una compensazione patologica. L'adolescente va in questi casi aiutato ad una maggiore apertura nei confronti dell'ambiente perché le sue affermazioni possano tendere alla migliore realizzazione della propria persona.

BIBLIOGRAFIA

- ADLER A.: «Psicologia dell'educazione» (1930), Newton Compton, Roma, 1975.
- ADLER A.: «Prassi e teoria della psicologia individuale» (1926), Newton Compton, Roma, 1970.
- ADLER A.: «Psicologia del bambino difficile» (1930), Newton Compton, Roma, 1973.
- ANSBACHER H.L., ANSBACHER R.R.: «The individual psychology of A. Adler», Basic Books, New York, 1956.
- BERMAN S.: «Psicoterapia degli adolescenti a livello ambulatoriale», da: *Psicoterapia dell'adolescente* (1957), Boringhieri, Torino, 1969.
- BLOS P.: «L'adolescenza: un'interpretazione psicoanalitica» (1962), Angeli, Milano, 1980.
- BRUCH H.: «L'identità nell'adolescenza. Da problemi psicosociali dell'adolescenza», a cura di Caplan e Lebovici (1969), Boringhieri, Torino, 1973.
- CANZIANI G.: «Che cosa significa oggi dirsi adleriani», Atti del 2° Congresso Nazionale di Psicologia Individuale, Camogli, 9-11 ottobre 1981, Riv. Psicol. Individ. 17-18, 9, 1982-83.
- FAGIANI M.B., MAROCCO MUTTINI C.: «Comportamento alimentare e identificazione alla figura femminile. Studio su alcuni casi di adolescenti di sesso femminile», *Minerva Psych.*, 21, 111, 1980.
- FREUD A.: «Il trattamento psicoanalitico dei bambini» (1945), Boringhieri, Torino, 1972.
- GRINBERG L.: «Teoria dell'identificazione» (1976), Loescher, Torino, 1982.
- JOSSELYN J.: «Psicoterapia degli adolescenti a livello di pratica privata», da: *Psicoterapia dell'adolescente* (1957), Boringhieri, Torino, 1969.
- LAXENAIRE M., MARCHAND P.: «Une mystique du corp: l'anorexie mentale», *Evol. Psychiatr.* III, XLIII, 597, 1978.
- MALE P.: «Psicoterapia dell'adolescente» (1980), Cortina, Milano, 1982.
- MAROCCO MUTTINI C., FAGIANI M.B.: «Anoressia: sintomo, non sindrome», *Riv. Sperim. Freniatria CVI*, 43, 1982.
- MAROCCO MUTTINI C.: «Anoressia e stile di vita valutato attraverso il T.A.T. - Contributo personale», *Med. Psicosom.* 27, 251, 1982.
- MUTTINI C.: «Problemi di relazione terapeutica nel trattamento dell'adolescente», *Riv. Sper. di Freniatria, CIV*, 36, 1980.
- PARENTI F.: «Manuale di psicoterapia su base adleriana», Hoepli, Milano, 1970.
- PARENTI F., PAGANI P.L.: «Analisi comparata del processo di guarigione delle neurosi fobiche». Relazione al XV Congresso Internazionale di Psicologia individuale, Vienna, 2-6 agosto 1982.
- ROVERA G.G.: «Transmotivazione: proposta per una strategia dell'incoraggiamento». Atti del 2° Congresso Nazionale di Psicologia Individuale, Camogli, 9-11 ottobre 1981, Riv. Psicol. Individ. 17-18, 28, 1982-83.
- SCHNEIDER P.B.: «I fondamenti della psicoterapia» (1976), Borla, Roma, 1977.
- SCHONFELD W.: «La struttura corporea e la sua rappresentazione negli adolescenti» (1969), da: «Problemi psicosociali dell'adolescenza», a cura di Caplan e Lebovici, Boringhieri, Torino, 1973.