

ROSALBA BOSCOLO

ADATTAMENTO DELLO STILE DI VITA IN PAZIENTI EMIPARETICI

L'introduzione adleriana dei concetti alto-basso è rappresentata dai riferimenti antropologici che risalgono all'evoluzione umana e particolarmente al momento dell'acquisizione della posizione eretta; afferma infatti Adler ne « Il Temperamento Nervoso »: « Ogni bambino ripercorre nel suo sviluppo tale stadio e inoltre viene continuamente rimproverato per il fatto di essere in terra e di cadere in basso ».

Da qui nasce, successivamente nell'individuo, l'associazione ideativa dei termini alto-basso con vittoria-sconfitta; ma esiste un'altra antinomia di importanza forse primaria: alto-basso si trasformano in maschile-femminile, superiore-inferiore, in essa la virilità è equiparata all'altezza e la femminilità al concetto di basso. Infatti, il bambino nota l'uomo più alto della donna, con un tono di voce più elevato ed una forza fisica maggiore.

Inoltre esistono concetti relativi alla superiorità ed inferiorità riferibili a valori culturali che fanno ormai parte della storia dell'uomo: mi riferisco al sempre più frequente raffronto che l'individuo è portato a fare tra sé e l'immensità dell'universo, alla inevitabilità della propria morte, alla propria distruzione e ai limiti imposti dalla sua esistenza terrena.

Altri elementi discriminanti sono la superiorità e l'inferiorità di tipo sociale, che contrappongono il singolo individuo agli altri esseri umani. In questo caso l'individuo è solo, la sua è una situazione « unica » dal momento che nessuno vive, giudica, concepisce il mondo e se stesso nel modo in cui lui solo ha imparato a fare.

Tale introduzione si è resa indispensabile per poter accennare alla formazione dello stile di vita che sorge allorché il bambino impara ad affrontare, e superare, le difficoltà che la sua posizione comporta nell'ambito della famiglia.

Egli sviluppa quindi il proprio carattere e si organizza di conseguenza rispetto a quelli che Adler ha chiamato « I tre compiti vitali ».

Fino a circa una trentina di anni or sono, gli indirizzi educativi impartiti tendevano a crescere i fanciulli in modo tale da considerare il sesso maschile come grande, forte e superiore al sesso femminile, ritenuto, al contrario, debole, inferiore e quindi da sottomettere. Si riscontra così molto spesso, come, oggi, certi adulti maschi mantengano naturalmente un comportamento arrogante di fronte all'altro sesso, atteggiandosi a signori e padroni; essi cercano di dimostrare di essere veri uomini, e, per raggiungere

tale scopo, hanno organizzato la propria vita matrimoniale in modo da essere i soli ad assicurare il mantenimento economico della famiglia, negando alla moglie l'ottenimento dell'indipendenza attraverso un lavoro al di fuori di casa, facendola così sentire mantenuta ed in balia della volontà e delle decisioni del marito.

Tale protesta virile dell'uomo influenza anche il rapporto sessuale poiché egli può, in questa occasione, essere dubbioso della propria capacità di sentirsi all'altezza del ruolo che sta giocando, incrementando l'ansia che non favorisce un buon esito sessuale. Un'ipertrofica gestione della virilità sul piano sociale può, quindi, talora paradossalmente, sfociare in un'impotenza psicogena.

Non è facile, per questo tipo di uomo, affrontare le quotidiane avvertenze: « giocare un ruolo » non è sinonimo di « sentirsi in grado di... »; avviene così, molto spesso, che l'ansia emerga anche nell'ambito del lavoro, laddove cioè, egli si trova con altri individui maschi, in una situazione di confronto gravida di sofferta competitività.

Il maschio allora tende a soddisfare la propria volontà di potenza nel campo di azione in cui il successo è più probabile, ipercompensando quello dal quale riceve maggiori frustrazioni: egli deve provare che certi privilegi gli spettano di diritto in quanto uomo e deve ottenerli per consolidarsi appunto nel ruolo maschile.

Ma la vita non si prospetta facile nemmeno per la donna. Essa, infatti, ha dovuto imparare ad essere sottomessa e ad accettare l'inferiorità che appare, anche a lei stessa, come una certezza. La donna apprende nella infanzia, dalla propria madre, ed in seguito dalle altre donne, la subordinazione nella quale sono relegate. Essa stessa, perciò, si scoraggia, finisce per seguire la medesima traccia di vita, accettando di porsi in secondo piano rispetto al marito e rivendicando spesso sui figli le potenzialità represses. Inoltre questo tipo di donna ipercompensa spesso, attraverso la strutturazione di caratteristici comportamenti nevrotici, quali ad esempio il perfezionismo della pulizia della casa con cui tende a dimostrarsi superiore alle altre donne, oppure tramite l'accentuazione di certe caratteristiche tipiche della donna cinquantenne che si manifesta con agitazione ed ansia per il cambiamento fisico delle proprie funzioni corporee di ordine endocrino, estetico, ecc. ... Anche le innumerevoli disfunzioni sessuali, che permettono alla donna di recuperare potere ottenendo la supremazia di chi sceglie e gestisce il rapporto, sono un sintomo di tale ipercompensazione. Questi comportamenti, però, si rivolgono, ancora una volta, contro la stessa donna che vive, con sensazione sempre più forte, la propria inferiorità.

Le conseguenze dei fenomeni fin qui molto genericamente descritti risultano, dunque, svantaggiose per entrambi i sessi, con ripercussioni di varia gravità sui figli. La situazione, oggi, ha assunto nuovi aspetti di particolare importanza poiché è meno frequente riscontrare, nella donna, la sua, fino a ieri, atavica passività, che contribuiva a far raggiungere alla coppia un certo grado di complementarità.

In una situazione così instabile e difficile da sostenere, è evidente come cambiamenti di una certa entità possano alterare il precario equilibrio rag-

giunto dalla coppia i cui membri tenderanno, alla prima occasione, a recuperare sul piano della volontà di potenza.

L'esperienza lavorativa in una clinica specializzata nella riabilitazione fisioterapica mi ha permesso di confermare come l'insorgere di una malattia, quale l'emiparesi, possa modificare lo stile di vita sia come adattamento al nuovo status vivendi, sia come rivendicazione di diritti precedentemente non soddisfatti. Tale esperienza è inoltre indicativa proprio perché contempla una casistica che riguarda, per lo più, gli individui di cui fin ora ho trattato: e cioè i 45/60enni.

La psicologia individuale ci spinge ad osservare ed analizzare le caratteristiche di ogni individuo, considerandolo attraverso le esperienze, il modo interiore di viverle e il carattere che si è andato a formare. Ogni caso clinico ha una sua peculiarità che sfugge ad una rigida classificazione tipologica. Esistono, comunque, in generale, alcune modificazioni allo stile di vita che vengono maggiormente riscontrate e che sono degne di nota.

Come si è precedentemente accennato, gli uomini tendono per lo più a trovare compensazione alla volontà di potenza nel campo lavorativo o nel rapporto di coppia, ed il loro comportamento varia anche in relazione al livello sociale e culturale.

L'uomo che appartiene ad una condizione sociale medio-bassa, che ricerca nel lavoro gratificazione e valutazione di sé, è certamente un gran lavoratore, non solo come disponibilità e serietà nell'affrontare gli impegni di lavoro, ma anche come tempo che ad esso dedica: egli pone le esigenze della famiglia in secondo piano escludendosi volontariamente dalla vita di questa; la situazione muta notevolmente allorché insorge l'emiparesi: egli allora si sente sconfitto poiché è impedito nel lavoro: tenta un recupero del proprio ruolo nell'ambito familiare, ma spesso gli viene rifiutato, con gravi conseguenze che ricadono su di lui. A seguito di ciò il soggetto diviene depresso e passivo a tal punto che anche il recupero fisioterapico viene compromesso.

Diverso è il caso dell'individuo che non trova soddisfazione nell'attività professionale e che ricerca supremazia nell'ambito della famiglia: egli è padre severo e marito esigente. Anche dal punto di vista sessuale si permette di tradire la moglie che giudica incapace ed insoddisfacente. Con l'insorgenza della malattia egli si trova in gravi difficoltà poiché teme, innanzi tutto, di aver perduto il simbolo della sua virilità più pregnante. Tenta allora di recuperare affettivamente la moglie che, però, si sente divenire la più forte ed instaura un atteggiamento di distacco affettivo oppure di interessamento pietistico che lo fa sentire un marito gravemente handicappato e in balia della generosità altrui.

Prendiamo ora in esame l'uomo che appartiene ad un livello sociale elevato: in questo caso egli occupa un posto di lavoro di tipo dirigenziale, imprenditoriale o comunque intellettuale; la situazione può essere ben superata quando, con l'insorgenza della patologia, la sua disponibilità mentale lo aiuta ad impiegare con hobbies, più o meno importanti, il tempo dedicato prima al lavoro. Questo atteggiamento positivo non solo attenua in lui l'insorgere di problemi pratici e psicologici, ma influisce positivamente sul

processo riabilitativo conducendolo ad una probabile, parziale guarigione. Se invece egli non sarà tanto abile nella gestione compensatoria, insorgerà in lui una forte depressione e i rapporti con i familiari diventeranno difficili poiché, di fronte ad essi, egli non si sentirà più di valere.

Consideriamo adesso il sesso femminile ed osserviamo la donna che vive in condizioni sociali modeste: ella è per lo più casalinga, subordinata al marito, con frustrazioni sessuali quasi sempre evidenziabili dopo alcuni colloqui. Quando tale donna viene colpita dall'emiparesi, ella si sente di poter recuperare qualcosa sul piano dell'attenzione: è infatti lei, ora, ad aver bisogno di assistenza ed aiuto, non solo, ma anche sessualmente ora esiste un impedimento reale e oggettivo, e non più dipendente da lei; può così giocare la parte di chi vorrebbe ma non può.

Il recupero è, in genere, facilitato dal carattere di questa donna allenato al sacrificio e alla sopportazione, che la rendono disponibile a diventare buona collaboratrice del fisioterapista e del medico.

Analizziamo infine, la donna che appartiene ad un ceto sociale elevato: nel caso in cui sia scarsamente intelligente e abbia sperimentato la situazione della figlia unica anche dopo il matrimonio, diverrà una malata difficile da curare e pesante da sopportare per la stessa famiglia. Infatti, saranno giustificabili, per lei, le lamentele per sofferenze, che sono solo in parte reali, e la paziente finirà, molto spesso, per essere abbandonata alle cure di personale infermieristico o sistemata precocemente in case di riposo private, anziché godere della vicinanza dei familiari.

Quando si tratta di una donna intelligente è facile riscontrare in lei uno stato di insoddisfazione, precedente la malattia, per il ruolo di subordine nel quale era relegata, con esigenze compensative rivolte ai figli, verso i quali indirizzava ogni sua attenzione e aspettativa; la sua reazione alla paralisi si manifesta con la depressione, poiché si sente impedita nel mantenere il dominio sui figli e con il rifiuto di ogni attenzione, anche quelle del marito, dal momento che le giudica, ora, poco importanti e che, anzi, le confermano la sua ulteriore mancanza di autonomia; tale donna, però, non si nega ogni possibilità di guarigione, diventa in questo caso imperattiva ed esigente nei confronti di chi « deve rimetterla in piedi ».

Descriverò, ora, solo alcuni casi, tra i più esemplificativi di quanto ho fin qui esposto:

Caso n. 1

Un uomo di 50 anni, sposato da 21, con due figlie rispettivamente di 16 e 11 anni. Lavora, da quando era giovane, per una grossa azienda torinese, dove fa carriera fino a raggiungere il posto, tanto auspicato, di direttore delle vendite.

Primogenito con un fratello e una sorella dai quali ha sempre tratto motivi di conforto; li descrive, infatti, più estroversi e più abili nel gestire situazioni che procurano invece, a lui, forti stati ansiosi.

Il padre era un gran lavoratore, introverso ma energico allo stesso tempo; la madre, più debole di carattere del marito, si occupava della casa e dei figli, destreggiandosi alla meglio nell'intento di far quadrare il bilancio familiare che la guerra rendeva sempre più misero.

Sposa una donna che, solo dopo il matrimonio e per scelta del marito, rimane a casa abbandonando il posto di lavoro come impiegata.

Fin dai primi colloqui egli si dimostra preciso sino all'ossessività del perfezionista, pignolo e pretenzioso nei confronti di tutti coloro che non gli dimostrano attaccamento verso il lavoro o che non possiedono, come lui, uno spiccato senso del dovere.

Cambia casa per essere più vicino al posto di lavoro e trascorre sei anni consecutivi lavorando senza neppure un giorno di ferie.

Insorge l'emiparesi e con essa una manifesta forma di depressione che non gli impedisce di lottare per mantenere il lavoro dal quale verrà, poi, licenziato. Inizia allora ad occuparsi della famiglia e lo fa ripercorrendo le orme paterne; controlla l'amministrazione della casa, poiché giudica la moglie scialacquatrice dei beni familiari; segue i risultati scolastici delle figlie e le amicizie della più grande che ha già dei corteggiatori di cui lui non conosceva l'esistenza. È, però, troppo tardi: la moglie rifiuta i controlli e, per ritrovare l'indipendenza alla quale era abituata, apre un negozio; anche le figlie respingono le imposizioni paterne e mantengono l'abitudine di appoggiarsi alla madre. Il paziente alterna così la depressione con crisi di rivendicazione di ruolo con qualche impronta isterica.

Rifiuta il trattamento fisioterapico che giudica inutile, ma utilizza i colloqui psicologici che gli servono dapprima come valvola di scarico e poi come richiesta di avvio all'analisi di cui conosce la validità.

La psicoterapia è ora in corso; il paziente è puntuale alle sedute e scrupoloso nel fornire materiale analitico pur mantenendo l'esigenza di rivendicare potere che sporadicamente manifesta con il terapeuta.

Caso n. 2

Donna di 47 anni, secondogenita, con un fratello avvocato, sposata ad un imprenditore, con due figli: un maschio di 23 anni e una femmina di 18. La signora sceglie, per educazione ricevuta, di occuparsi dell'educazione dei figli dai quali si attende molto: la laurea per il maschio che favorisca il suo inserimento nella ditta paterna, e un buon matrimonio per la figlia. Per raggiungere tale scopo la signora cura con ostinazione gli studi, le amicizie e ogni attività, anche sportiva, dei propri ragazzi.

Il marito è, per lei, motivo di sofferenza; lo desidererebbe, infatti, più affettuoso e attento verso di lei.

Alla comparsa della malattia la paziente reagisce con una iniziale manifestazione depressiva: ha paura di essere costretta a non poter più seguire i figli che giudica ancora troppo immaturi per essere abbandonati a loro stessi; rifiuta ogni attenzione del marito poiché considerata di secondaria importanza; respinge, inoltre, le visite degli amici dai quali teme manifestazioni pietistiche.

Si rende, invece, disponibile a nuovi rapporti interpersonali, dal momento che sente di poter gestire ancora qualcosa. Ne conseguono pretese mai soddisfatte e comportamenti ipercritici, soprattutto nei confronti di chi la sta curando.

In casi come questi descritti è raro che il paziente senta spontaneamente la necessità del trattamento analitico ed, a volte, esso è oggettivamente poco utile; qualcosa comunque è spesso consentito fare.

È possibile, per esempio, educare il malato ad accettare la propria infermità senza esigere di utilizzare quest'ultima come protesta per recuperare il potere deteriorato.

A questo scopo ben si addicono le terapie di gruppo o lo psicodramma di linea adleriana, che permettono una revisione dello stile di vita che tenga conto dei tre compiti vitali.

★ ★ ★

BIBLIOGRAFIA

ADLER: « Il Temperamento Nervoso » - Newton Compton Editori, 1970.

ADLER: « La compensation psychique » - Pajot, Paris, 1956.

PARENTI, ROVERA, PAGANI, CASTELLO: « Dizionario ragionato di psicologia individuale » - Cortina, 1975.