

LE NEVROSI ADOLESCENZIALI E LA COMPENSAZIONE DELLA VOLONTÀ DI POTENZA

“La volontà di potenza ha il valore di un’energia di compensazione che permette all’uomo, nelle più diverse occasioni, di porre un rimedio alla sua intima insicurezza” (PARENTI E COLL.). Infatti, il sentimento di inferiorità, di inadeguatezza, di impotenza, trova nella volontà di potenza la compensazione più diretta e più fittiziamente rassicurante.

In queste poche parole si può sintetizzare un piano di vita da cui può prendere avvio lo sviluppo di uno stile di vita nevrotico.

L’osservazione e l’analisi di bambini e di adolescenti consentono di cogliere momenti, vicini alla loro attualità in divenire, che l’analisi degli adulti, invece, deve tentare di evocare, per collegarli al modo di porre in essere, nel contesto di una esistenza più complessa, più ricca, più irta di esperienze vissute, sofferte, subite, compensazioni di carenze meno facilmente identificabili. Sotto questo profilo, possiamo dire che la psicoterapia dei bambini e degli adolescenti si presenta non più facile, ma più immediata. Nel suo svolgersi, gli aspetti del rapporto interpersonale con l’analista sono più netti e tendono, in gran parte, a riprodurre i problemi del rapporto coi genitori; anche se non sempre le tensioni sono orientate nello stesso verso, esse si delineano quasi sempre sulla stessa direzione.

Possiamo notare come, trattando con bambini o adolescenti, la volontà di potenza si espliciti in loro con modi netti e diretti, evidenti, frequentemente connotati in senso aggressivo, sì da indurre l’analista a dover decidere rapidamente sulla via da seguire nella strategia terapeutica.

Ciò è in rapporto col particolare genere di “volontà di potenza” che può entrare nella relazione terapeutica come ingrediente principale e che può caratterizzare il significato dell’intera dinamica del processo analitico.

Cerchiamo di ricondurre queste considerazioni ad alcuni esempi concreti:

Un bambino di sei anni, figlio di genitori separati, viene portato dal nonno paterno, che si lamenta per la irrequietezza, la capricciosità, la disobbedienza del nipotino. Il nonno, oltre ad esprimere disapprovazione per il figlio, padre del bambino, afferma che, per le condizioni fisiche legate all'età, lui e la moglie non sono in grado di seguire, accontentandolo, il nipote nelle sue varie imprese di piccolo scavezzacollo. Il bambino, da un po' di tempo, nel corso dell'estate, ha preso l'abitudine di uscire di casa la sera dopo cena (la famiglia abita in un piccolo paese della riviera ligure) e di trattenersi fuori, finché i nonni non riescono a rintracciarlo ed a persuaderlo, implorandolo, a rientrare. Questo, solitamente, avviene attorno alla mezzanotte.

Tutti gli adulti della famiglia offrono al bambino un quadro improntato a profonda insicurezza e la risposta del piccolo paziente ha il significato di un tentativo di autonomizzazione diretta, che prende spunto dall'esempio dei genitori, che si sono separati andandosene di casa, per costruire uno schema compensativo dell'incertezza che gli adulti gli propongono.

Il nonno cerca nello psicologo un aiuto forte, che sappia imporre al bambino di non fare più certe cose. D'altra parte il bambino ha la necessità di avere accanto una figura sicura, alla quale non dover più sostituire un potere così faticosamente dispotico, dal cui esercizio nascono, tra l'altro, elementi fortemente ansiogeni (incubi, fantasie di streghe che lo assalgono, ecc.) e che indica la delineazione di uno stile di vita chiaramente nevrotico.

In questo caso, la compensazione distorta, rappresentata da questa espressione infantile ed esasperata della volontà di potenza, può trovare la prima, fondamentale correzione nella modificazione dell'ambiente reale costituito dagli adulti della famiglia, attuabile col supporto dello psicoterapeuta, che in questo senso avvia una strategia di cambiamento, col cominciare a proporre se stesso come persona sicura e coerente. Infatti, il bambino, nel corso delle poche sedute necessarie per un orientamento adeguato del problema, apparve subito in grado di corrispondere positivamente alla messa in atto di un tale progetto; posto in un clima di sicurezza e di serena coerenza, non avanzava più quelle pretese prepotenti lamentate dai nonni, mostrando in tal modo che il suo bisogno di imporsi poteva non emergere in una situazione ambientale diversa da quella per lui abituale; veniva perciò a cadere la necessità, invocata dal nonno, di reprimere, con un potere più grande e punitivo,

ciò che il bambino, in altre circostanze, tendeva ad esplicare. Infatti, il suo bisogno di onnipotenza non era altro che la compensazione dell'insicurezza, e pertanto un elemento non primario, per quanto appariscente ed enfaticizzato dai familiari, della sua personalità.

Passando all'esame di altri casi, vediamo l'estremo attuarsi della volontà di potenza, ad esempio, nei tentativi di suicidio che, se non riescono, conducono poi con frequenza l'autore o l'autrice allo psicoterapeuta.

Sappiamo quanto siano diffusi i tentativi di suicidio tra gli adolescenti, specie tra le ragazze, e come questo corrisponda alla necessità di compensare sentimenti di insicurezza in modo distruttivo, attraverso un atto di potere che consenta di avere comunque "l'ultima parola", senza lasciare agli altri possibilità di replica. Questa insicurezza appare frequentemente legata ad un certo tipo di rapporto familiare.

Credo opportuno chiarire il significato del rapporto al quale faccio riferimento: esso consiste nella struttura di una relazione tra due termini che, se non completamente differenziati, possono venire a costituire una "unità funzionale". Ne deriva una importante conseguenza: laddove il rapporto ha significato di unità funzionale, intesa come un qualcosa che se ulteriormente suddiviso non ha più la capacità di sopravvivere, non esiste per i suoi termini una reale autonomia. Un tale rapporto, non equilibrato, presuppone la non adeguatezza dei protagonisti al rispettivo, singolo ruolo. È chiaro che nella relazione adulti/bambino, equivalente nella generalità a quella genitori/figlio piccolo, il determinante fondamentale è costituito dal termine genitori. La eventuale dipendenza dei genitori dal bambino può creare una struttura di rapporto perversa, che conduce allo sviluppo di canalizzazioni paradossali o grottesche. Queste considerazioni non sono soltanto frutto di un puro esercizio logico, ma hanno il sostegno della diretta esperienza, tradotta da vari autori in enunciazioni dottrinali ritrovabili in filoni di pensiero diversi per origine, ma convergenti nelle loro conclusioni: dalla antropologia strutturale alle varie correnti della psicologia del profondo, tra le quali la individual psicologia spicca per la ricchezza del suo contributo.

I due termini del rapporto possono essere: un adolescente e la famiglia; allora il rapporto esprime la struttura relazionale familiare dell'adolescente. Questa può essere caratterizzata da carenze funzionali del termine riconducibile al ruolo degli adulti che, per tutta una serie di motivi, non riescono ad offrire un clima adeguatamente sicuro, perché al suo interno un singolo soggetto (il figlio) possa sperimentare,

senza sentirsi travolto dalla paura, momenti di incertezza, di cui pure l'esistenza è grandemente portatrice. Allora l'insicurezza può trovare compensazione in manifestazioni di bisogno di onnipotenza, in cui la volontà di potenza si esprime in maniera diretta. Eventi pratici negativi, inevitabili, quali ad esempio la morte di un genitore, possono innescare o rinforzare l'intensità della compensazione, fino a renderla esasperata.

Il tentato suicidio è allora una sfida alla realtà, come tentativo di negarla, negando se stessi. Ciò è rilevabile anche in altri casi di sviluppi autodistruttivi, come possiamo constatare nell'esperienza di analisi di soggetti anoressici (CASTELLO).

Ad ulteriore riprova della importanza del termine adulti o famiglia nella strutturazione di una relazione che è strutturante e modellante per gli adolescenti, possiamo citare tutti i casi in cui le famiglie, non consentendo di approfondire un lavoro psicoterapeutico, già pervenuto a qualche successo nei confronti di un ragazzo, hanno involontariamente contribuito a far sviluppare modalità di risposta onnipotente autodistruttiva di indiscutibile gravità, quali le canalizzazioni sulle tossicodipendenze da stupefacenti.

Anche qui ci troviamo di fronte a situazioni di intensa inadeguatezza, nelle quali sono presenti compensazioni così marcatamente attinte al versante della volontà di potenza, da far ingannevolmente apparire quest'ultima connessa alla costituzione del soggetto, più che al suo adattamento all'ambiente. E proprio qui troviamo, nel clima ambientale passato e presente, nei sentimenti manifestati dai genitori, nei loro atti, una carica di incertezza e di impotenza di cui la compensazione onnipotente aggressiva o autodistruttiva dell'adolescente è la risposta speculare.

Ricordo il caso di una ragazza, attualmente tossicomane, da me seguita in psicoterapia per un breve periodo alcuni anni fa, quando, all'età di 14 anni, aveva messo in atto un tentativo di suicidio. Il padre era morto da alcuni mesi; la madre, persona intelligente e socialmente valida, non si era però mai occupata del lavoro del marito, contitolare di un'impresa edile, e pertanto, dopo la morte del coniuge, non era in grado di subentrargli nell'attività, né di comprendere adeguatamente le informazioni sull'andamento dell'azienda che le venivano dall'altro proprietario, verso il quale la donna provava una grande diffidenza. La madre, d'altro canto, lasciava alla figlia una notevole libertà, limitandosi a cercare di apparire agli occhi della stessa come vittima delle traversie familiari.

La ragazza, a sua volta, tendeva a richiamare su di sé l'attenzione, ad ostentare un gran desiderio di libertà e di autonomia, addirittura ad allontanarsi da casa senza preavviso, mettendo la madre in grande ansia. Il tentativo di suicidio era conseguito ad una risposta deludente della madre alla sua richiesta di acquistare, con urgenza, un capo di vestiario.

Era chiaro il senso di insicurezza della ragazza, che si rifugiava in una tale prepotenza onnipotente da sentirsi portata ad uccidersi perché la madre non aveva immediatamente potuto soddisfare il suo desiderio.

Nel rapporto terapeutico, che si svolgeva in un clima diversamente caratterizzato rispetto a quello familiare, la ragazza mostrò quasi subito di poter "abbassare la guardia". Non fu difficile aiutarla ad avvertire il senso di sicurezza che le poteva essere trasmesso dal terapeuta, poiché nonostante l'intensità della protesta (il tentato suicidio) era in grado di sentirsi accettata con sufficiente serenità, assai più facilmente di quanto di solito accade agli adulti.

Alla paziente accadde di vivere questa sensazione di maggior sicurezza, che avrebbe dovuto poter sperimentare adeguatamente, affinché non si trasformasse in un rimpianto in più da aggiungere agli altri; ma non poté continuare l'analisi, proprio per l'intervento della madre, che definendo la figlia molto migliorata, la indusse ad interrompere.

Senza tentare di entrare nella interpretazione di questo intervento materno, possiamo rilevare come, certamente, esistessero tra madre e figlia problemi che l'analisi avrebbe potuto toccare.

Vi sono altri casi, in cui la volontà di potenza sembra dominare l'intero quadro della vita del paziente e la relazione terapeutica. I pazienti si impongono regole, sacrifici, privazioni, ed impongono all'analista di prendere in esame ciò che dicono, per il suo contenuto, sul quale cercano la discussione e su cui avanzano richiesta di spiegazioni. Tutto ciò, se accolto passivamente dal terapeuta, contribuisce a determinare un clima di competizione destinata a sfociare nel tentativo di conquistare l'onnipotenza all'interno della relazione da parte dell'uno e dell'altro partner.

Questa modalità di compensazione, che prende corpo anche attraverso il rapporto psicoterapico, può essere adottata dallo stesso analista, o da lui favorita, anche per il timore che il paziente abbandoni la terapia e cada nell'isolamento. Ma da questo timore si sviluppa poi un modo di agire del terapeuta, che richiama una infinità insostenibile di adattamenti, con perdita dello scopo fondamentale dell'analisi, che è quello di liberare il paziente da una schiavitù e non già di tenerlo comunque legato all'infinito. Tutto questo va considerato, tenendo conto del fatto

che nessuna espressione del bisogno di onnipotenza è certamente primaria, così come nessun atto onnipotente è certamente definitivo, allo stesso modo come il tentato suicidio della paziente era dettato da una spinta autodistruttiva occasionale, non esprime un vero desiderio di morire, ma la paradossalità di un atto conseguente al bisogno di vendicarsi di una delusione, di una ferita all'orgoglio, o di richiamare l'attenzione o l'amore degli altri su di sé. Tutto questo è inficiato dal fatto che, per poter godere del risultato dell'atto, l'autore dovrebbe poter essere presente, e se l'atto sortisce l'effetto pratico, ciò non può accadere.

Questa considerazione, apparentemente impietosa, mi ha permesso di affrontare l'argomento del suicidio con diversi pazienti che lo minacciavano, ottenendo l'avvio di un dialogo che ha consentito di arrivare ad interpretare ciò che essi intendevano attuare, ed a scongiurarne l'effettiva esecuzione.

L'esperienza diretta di analisi e di counseling mostra come l'esplicazione della volontà di potenza nei bambini e negli adolescenti segua modalità che trovano corrispondenza nel "processo primario" Freudiano, in assenza della maturazione di quel "processo secondario" che consente di inserire i desideri ed il soddisfacimento dei bisogni in una strategia duttile, che richiede la capacità di procrastinare, di saper attendere, di mantenere l'intenzione progettata nel contesto più generale dell'esistenza, senza fare della frustrazione il centro del contesto.

In termini Adleriani, questi dinamismi corrispondono ad una volontà di potenza che si espliciti non tenendo o tenendo conto del senso sociale, da cui nasce la capacità di accettare l'andamento dei fenomeni del reale e di rispettare la personalità degli altri e le sue varie manifestazioni.

Vediamo allora come il problema principale che si viene a coagulare attorno ad una esigenza sia costituito, in senso pragmatico, dal come dare, alla tendenza all'autoaffermazione, una linea progettuale realistica, permeata dal senso sociale, o invece, una linea progettuale rigida e stereotipata, che tende allo scopo direttamente, senza accettare la eventualità che un piano possa trovare attuazione attraverso tappe successive e che possano, di fronte ad un'intenzione, sorgere difficoltà ed ostacoli.

La volontà di potenza, così come è definita nell'introduzione, ha proprio questa caratterizzazione, che sovente viene a riprodursi all'interno della situazione generale, finendo per costituire essa stessa un progetto sistematico, al quale si ispira ogni istante della vita del

paziente. Allora ogni ostacolo può apparire insopportabilmente frustrante, ed il comportamento può essere determinato dalla necessità del soggetto di mantenere sempre attivo uno schema finalizzato ad evitare ogni contrarietà, anche momentanea. La carente capacità di elaborare soluzioni alternative da parte del bambino o dell'adolescente, fa sì che tutti i processi di sviluppo ne siano fortemente influenzati. Dirò qui, per inciso, che questo processo di evitamento appare presente nella costruzione della personalità ipocondriaca, che costituisce uno dei più grossi problemi della psichiatria clinica.

Gli esempi citati mostrano come nelle nevrosi infantili ed adolescenziali sia presente la tematica dell'onnipotenza, e come questa non abbia caratteristiche di primarietà, ma sia invece, sempre espressione della compensazione di sentimenti di inadeguatezza e di impotenza, grandemente trasmessi dall'ambiente, quello familiare in primo luogo. Da qui nasce la necessità di un intervento attivo del terapeuta, il quale deve rivolgere la sua attenzione, prima ancora che al contenuto della nevrosi, al tipo di rapporto che avvia col paziente. Non si dimentichi che, secondo le nostre premesse, il terapeuta assume su di sé tutte le problematiche dell'ambiente umano del suo interlocutore.

La prassi Adleriana è costantemente improntata ad accettazione genuina e gratificante; mai forse, come in questo genere di situazioni, ciò è particolarmente importante, e l'accettazione può essere espressa in forma di iniziativa attiva, non soltanto fatta di risposte interpretative che potrebbero continuare a sostenere quel senso di impotenza, già così intensamente avvertito e rifiutato dai pazienti.

L'importanza di una condotta "attiva" del terapeuta è confermata dalla notevole messe di risultati positivi, derivanti anche da brevi interventi di counseling su problematiche infantili o adolescenziali.

BIBLIOGRAFIA

- ADLER A., *Über der Nervosen Charakter*, Bergmann, Monaco, 1912.
- ADLER A., *Praxis und Théorie der Individual Psychologie*, Bergmann, Monaco, 1920.
- ADLER A., *Menschenkenntnis*, Hirzel, Lipsia, 1926.
- CASTELLO F., *La volontà di potenza: sua espressione in alcuni casi di anoressia mentale*, *Riv. di Psicologia Individuale*, 5,8, 1977.
- FREUD A., *Normality and Pathology in childhood*, *Assessments of Development*, International University Press, New York, 1965.
- FREUD S., (1915-1917) *Introductory lectures on Psychoanalysis*, Hogart Press, voll. XV, XVI, London, 1950.
- LEVY STRAUSS C., *Anthropologie Structurale*, Librairie Plon, Paris, 1958.
- MILLER G. A., GALANTER E., PRIBRAM K. H., *Plans and structure of behavior*, Holt, Rinheart & Winston, Inc., California, 1960.
- PARENTI F., *Manuale di psicoterapia su base adleriana*, Hoepli, Milano, 1970.
- PARENTI F. e coll., *Dizionario Ragionato di Psicologia Individuale*, Cortina, Milano, 1975.
- WATZLAWICH P., BEAUVIN J. H., JACKSON D. D., *Pragmatic of human communication. A study of interations patterns, pathologies and paradoxes*, W. W. Norton & Co., New York, 1967.
- WOLMANN B. B., *A handbook for the practicing psychoanalyst*, Basic Books, New York, 1967.