

CHIARA MAROCCHI MUTTINI*

PROBLEMI DI SETTING NELLA PSICOTERAPIA DELL'ADOLESCENTE. CONTRIBUTO PERSONALE

Rassegna bibliografica

La letteratura in tema di psicoterapia dell'adolescente si presenta singolarmente scarsa. Molte sono le scuole che si occupano precipuamente di terapia infantile, mentre il campo dell'adolescente sembra ugualmente trattato sia dagli psicoterapeuti infantili, sia da quelli degli adulti, senza specificità. Si ha l'impressione che la prassi terapeutica collaudata nelle varie scuole lasci il campo ad un maggior empirismo, nell'ambito del quale gli interventi risultano di volta in volta interpretativi o pedagogici a seconda del momento dell'analisi. La scuola adleriana, che a fianco della ricerca interpretativa privilegia il momento psicopedagogico come di notevole rilievo, appare quindi particolarmente idonea, per la duttilità con la quale varia le modalità d'intervento, al trattamento degli adolescenti (Adler, 1975).

Gli Autori concordano sul principio che il lavoro terapeutico con l'adolescente deve essere basato su una comprensione dinamica dei conflitti inconsci che ne disturbano l'adattamento alla realtà presente (Josselyn, 1969) e deve avere come obiettivo fondamentale quello di rinforzo dell'Io (Berman, 1969, Schneider, 1977). La situazione terapeutica è da considerarsi come un processo attivo verso ciò che l'adolescente è in grado di diventare (Robinson, 1969). Sono riaffermate intuizioni come quella Adleriana che valorizza il ruolo dinamico della volontà di potenza (Adler, 1970) o l'attenzione prospettica all'individuazione proposta da Jung (Moreno, 1978).

Un altro punto di concordanza tra gli Autori mette l'accento sull'importanza del terapeuta, tanto in relazione a reazioni inconsce di transfert e controtransfert, quanto per quel che riguarda il modo in cui egli si presenta coscientemente (Josselyn, 1969).

* Assistente ordinario dell'Istituto di Clinica Psichiatrica dell'Università di Torino

Il ruolo catartico è, ad esempio, molto superiore che nel caso dell'adulto; attraverso l'azione catartica si possono verificare cambiamenti anche vistosi della valutazione della realtà (Josselyn, 1969).

In altri momenti il terapeuta diventa la persona a cui identificarsi, reale o immaginaria. Nel caso di terapeuta del sesso opposto, egli può servire da metro con cui giudicare gli altri membri del sesso opposto (ideale di oggetto d'amore). Nel caso di terapeuta dello stesso sesso, vale soprattutto l'identificazione nel ruolo di Io ideale (Josselyn, 1969 Schneider, 1977). La funzione di ideale, viene notato dallo Josselyn, può mettere il terapeuta in difficoltà in quanto egli viene ad incarnare le fantasie del paziente. È un ruolo pericoloso, che il terapeuta può svolgere purché non si lasci intrappolare nei propri bisogni narcisistici e sia quindi in grado di far capire al paziente la distanza tra la fantasia e ciò che egli è, di far discernere la percezione della realtà dalla rappresentazione fantasmatica della pulsione prodotta dalla esperienza personale di un genitore (Moreno, 1978).

Il terapeuta riveste anche un ruolo genitoriale molto più preciso di quanto non accada con l'adulto, in quanto sul piano comportamentale l'adolescente risulta molto meno controllato e quindi esposto ad impulsi che possono portare a conseguenze dannose per lui. Solo un atteggiamento di sincero interesse e di rassicurante solidità, equidistante fra l'autorità che limita e la figura benevola che comprende e tollera, permette di condurre la terapia (Josselyn, Peltz), in quanto testimonianza di fiducia nell'altro e di rispetto reciproco (Bemon, 1969).

La relazione di transfert nell'adolescente ha delle caratteristiche che richiamano quelle osservate nell'analisi dei bambini (Josselyn).

Il paziente si serve cioè della persona dell'analista in molti modi diversi (A. Freud, 1969).

L'analista ha col bambino un doppio rapporto: è oggetto transferale, nel quale entra in gioco la nevrosi, e nello stesso tempo è un nuovo oggetto su cui il paziente agisce con la parte sana della sua personalità. È indispensabile per l'analista, secondo la Freud, passare abilmente dall'uno all'altro di questi ruoli. Il tipo di rapporto che l'analista di scuola adleriana stabilisce col paziente ammette ugualmente la presenza dei due significati nella relazione terapeuta-paziente (Parenti, 1970). Entrambi i ruoli sono utilizzati per condurre l'individuo ad una presa di contatto sicura e volitiva coll'ambiente, anticipata nel corso dell'analisi appunto dall'atteggiamento verso il terapeuta. Secondo la Freud (1972), l'analista deve riuscire a sostituirsi all'ideale dell'Io del bambi-

no per tutta la durata dell'analisi e porsi quindi in una posizione autorevole anche rispetto ai genitori.

Ci può essere il rischio che il paziente si ritiri in una vita di fantasia popolata solo da sé e dal terapeuta (Josselyn); è invece tra gli scopi della terapia quello di condurre il paziente a vedere gli altri come sono realmente; il rinnovamento dell'orientamento verso l'ambiente, con maggiore tolleranza verso il prossimo, si raggiunge per mezzo della situazione terapeutica (Berman, 1969), che permette di rielaborare in modo costruttivo l'ostilità verso i genitori.

Altro e opposto rischio è quello che si sviluppi un'aggressività verso il terapeuta qualora egli non accetti la relazione transferale in tutta la sua intensità (Josselyn) e deluda così il giovane paziente (A. Freud). La precoce sollecitazione dell'autonomia del paziente (Parenti, 1961) può essere un mezzo idoneo ad evitare sia la eccessiva dipendenza, sia la aggressività, che sono di ostacolo all'analisi.

Secondo la Freud, l'esigenza più gravosa dell'analisi infantile, problema che almeno in parte si ritrova analogo con l'adolescente, è il dover dirigere l'attenzione sull'ambiente in cui le reazioni nevrotiche che si verificano, cioè la famiglia, anziché limitarsi all'indagine analitica in senso stretto. "Dobbiamo conoscere le persone del suo ambiente e accertarci delle loro reazioni nei riguardi del bambino". I genitori hanno quindi nell'analisi del bambino e dell'adolescente un peso affettivo che può venire a interferire anche sulla relazione transferale (Josselyn).

Se i genitori sono propensi a stabilire una collaborazione coll'analista, sarà possibile effettuare una vera ripartizione dei compiti analitici ed educativi, e l'educazione iniziata dall'analista potrà al termine del trattamento passare nelle mani dei genitori (A. Freud).

I genitori possono però dar luogo, nel caso della terapia coll'adolescente, a problemi di rilievo, che si possono sintetizzare secondo due differenti tipi di comportamento.

Talora ostentano una mancanza di partecipazione (Berman, 1969) che l'Io dell'adolescente non sempre è in grado di sopportare; quindi è importante cercare qualche contatto con i genitori per assicurarsi che le mète della terapia vengano chiaramente intese (Josselyn, 1969; Berman, 1969). Il trasferimento totale sul terapeuta del peso della responsabilità dell'adolescente può rappresentare per quest'ultimo la prova di un loro rifiuto.

Allora la terapia può diventare per lui un pericolo di abbandono; nel caso di altri adolescenti, già più maturi, e specie quelli nella fase finale

del rattamento, è meglio accettata una situazione terapeutica in cui vengono trattati con lo stesso rispetto per la loro maturità che si aspetta un adulto e quindi il rapporto con i genitori può essere in questo caso assai più distante da parte dell'analista.

Non sono sempre invadenti i genitori ansiosi, e non sono sempre rifiutanti quelli che si tengono lontani dalla situazione terapeutica. Il terapeuta deve inserire l'atteggiamento dei genitori nella valutazione totale del caso, tener conto per esempio della preparazione culturale dei genitori, che può consigliare loro di tenere un dato comportamento, o della loro inconsapevolezza della situazione terapeutica che può predisporre a una condotta opposta. Spesso la terapia consiste in una modificazione delle pressioni ambientali a cui il ragazzo è esposto. Nei cambiamenti spesso sono coinvolti i genitori. È opportuno aiutare questi ultimi a modificare i loro atteggiamenti (Peltz).

Il fatto di non includere i genitori può portare al sabotaggio del programma terapeutico e al fallimento della sua attuazione, mentre includere i genitori a qualche livello di partecipazione può significare aiutarli ad acquistare un rapporto più idealistico e soddisfacente col figlio in via di maturazione (Robinson, 1969). Tentando di adattare cioè l'ambiente al giovane paziente, gli facilitiamo il processo di adattamento.

Si tratta quindi di un duplice lavoro, dall'interno e dall'esterno (A. Freud).

L'adolescente ha obiettivamente bisogno dei genitori, in primo luogo perché da essi dipende economicamente, per cui ignorarli è non solo impossibile ma rappresenterebbe un errore. La misura e la modalità dei contatti dipenderà dal singolo caso.

Dalla fiducia dei genitori nella psicoterapia può dipendere il successo, perché l'adolescente non può mantenere il rapporto terapeutico se i genitori vi si oppongono (Josselyn, Freud). Si deve quindi determinare caso per caso la natura della relazione del terapeuta con i genitori dell'adolescente, ma risulta dalla letteratura l'opportunità che una relazione si stabilisca.

Contributo personale

Il contributo personale riguarda i casi clinici di tre adolescenti, rispettivamente di 14, 17 e 11 anni, giunte all'osservazione per un trattamento psicoterapeutico.

1° caso: Monica - anni 14 - figlia unica. Il padre è operaio. La madre ha lavorato come infermiera fino al matrimonio. Dopo un cambiamento di residenza è rimasta a casa. Da allora si è occupata solo dell'andamento domestico e dell'educazione della figlia. Il livello socio-economico è quello piccolo-borghese, senza preoccupazioni economiche, anche per la scelta volontaria di un unico figlio.

La ragazza ha sempre goduto buona salute fisica, è attualmente molto sviluppata in altezza per l'età, ancora amenorroica.

Frequenta con profitto la 3^a media. A scuola è sempre stata fra le migliori. La ragazza è ben socializzata sia a scuola sia in un gruppo di coetanee e coetanei abitanti nello stesso rione. Dai genitori è stata sempre seguita molto da vicino, mai allontanata da casa neppure per brevi periodi presso parenti. Fin da piccola "non sarebbe mai stata a dormire presso qualcuno che non fosse la madre". Ha dormito nella stanza dei genitori fino all'epoca della scuola media, anche a causa dell'esiguità dell'alloggio. Da circa due mesi le è stato approntato un letto nel corridoio di casa, letto che non ha mai utilizzato perché "aveva paura a dormire sola". Ha continuato perciò a dormire in camera con la madre. Da un anno ha preso di dormire nel letto matrimoniale, e il padre le ha lasciato il posto trasferendosi in una sistemazione provvisoria nel tinello. Progressivamente la paziente è diventata sempre più ansiosa e paurosa al momento di andare a dormire, pretendendo che la madre vada a dormire contemporaneamente a lei, la tenga per mano, e le ripeta frasi rassicuarie, come "buonanotte" in un rituale che si prolunga per ore intere.

Nel corso dei colloqui emergono altri rituali, come quello di dover ripassare la lezione per il giorno dopo ad ore fisse "altrimenti farò fiasco all'interrogazione" o di volere la finestra aperta nel tinello "perché l'aria è viziata" qualunque sia la temperatura ambientale.

Nel corso dell'anamnesi sono state approfondite le personalità delle figure parentali, e si è verificato che il padre, circa due anni fa, ha presentato un episodio di nevrosi ansiosa, in seguito a dispiaceri di lavoro; la personalità premorbosa del padre risulta essere di tipo ossessivo, con estrema precisione e pignoleria in qualsiasi attività, carenza di rapporti sociali, introversione.

La madre non risulta aver mai presentato sintomi psichiatrici e nei primi colloqui si presenta come efficiente, comprensiva, come quella cioè che regge il maggior peso della famiglia, che si destreggia tra le richieste di affetto e di attenzione della figlia e del marito, entrambi paleamente dipendenti da lei. Risulta che la madre non ha delle

relazioni sociali proprie, non esce di casa altro che per fare la spesa, si adatta senza apparente ribellione ai rituali serali della figlia, rinunciando ad uscire col marito o a seguire la televisione; passa la domenica in casa mentre il marito va alla partita, o tutt'al più esce "per far uscire la figlia". Emerge da questa situazione la considerazione che la madre ha quindi rinunciato ad una vita psicologicamente autonoma e ad una realizzazione personale gratificante. Benché apparentemente non esprima insoddisfazione per la propria vita, trasmette alla figlia un messaggio inconsapevole di frustrazione e di delusione.

Alla luce dei risultati dei tests e dei colloqui, anamnestici e di approfondimento dinamico, ho tratto la convinzione che alla base della nevrosi poteva esserci il problema della accettazione del proprio ruolo di donna adulta: la donna adulta sembra essere considerata dalla paziente come quella destinata alla sconfitta: finché la bambina è piccola, è gratificata dall'atteggiamento protettivo e permisivo degli adulti e la vita appare quindi come una favola piacevole. Crescere vuol dire accettare l'inferiorità rispetto all'uomo: non c'è più la protezione e non c'è nemmeno la possibilità di gestire le proprie scelte in modo autonomo. L'uomo ha un atteggiamento distante, o nettamente prevaricante.

L'affettività femminile rimane delusa sia quando si dirige verso il compagno, sia verso gli stessi figli, che a loro volta desiderano allontanarsi. Secondo questa linea interpretativa si possono spiegare i sintomi della paziente: da un lato la scelta di rimanere nella dipendenza infantile ma protettiva della madre, d'altra parte l'acquisizione di modalità di comportamento ossessivo, sul modello paterno, dato che l'uomo ha il ruolo vincente.

2 caso: Silvana - anni 17. Terzogenita di 4 figli. Due sorelle sono più grandi di lei (di 4 e 3 anni), il fratello è minore di sei anni.

Il padre è operaio. La madre svolge saltuari lavori come domestica, ma si occupa prevalentemente del ménage familiare.

Il livello economico è modesto, anche se alla famiglia non è mai mancato il necessario. Attualmente le condizioni finanziarie della famiglia sono in miglioramento perché le due prime figlie, che hanno studiato, ora lavorano.

La ragazza è stata considerata di salute piuttosto gracile fin dai primi anni. In particolare ha sofferto per qualche tempo di crisi asmatiche in coincidenza con la nascita del fratellino. Successivamente è migliorata ed è stata di aspetto tendenzialmente florido fino verso i 15 anni, quando ha cominciato a dimagrire progressivamente e vistosamente. Mestruata a 12, da due anni è amenorroica.

Ha frequentato con profitto le scuole elementari e medie, studiando sempre con diligenza e applicazione che parevano eccessive ai familiari, rapportate al livello di studi. Passava le giornate sui libri, senza quindi frequentare coetanee.

Solo negli anni pre-scolari è stata socializzata con coetanei vicini di casa, interrompendo poi queste relazioni.

Negli anni successivi usciva solo se le sorelle maggiori la portavano con loro nel proprio gruppo. Si trattava però sempre di persone a lei maggiori di età, che la consideravano come "la piccola", senza che il rapporto quindi potesse divenire paritario. Le sorelle tendevano ad assumere un ruolo di tipo protettivo, quasi materno, di appoggio all'atteggiamento della madre, che era esso pure protettivo in modo piuttosto invadente, ansioso, soffocante ogni tentativo di autonomia.

Dopo la terza media la paziente si iscrisse all'istituto magistrale, seguendo l'esempio e il consiglio delle sorelle. Dopo il primo anno si spostò al corso per maestre d'asilo, giudicandolo meno impegnativo. Optò per questa scelta perché l'ansia che aveva sempre caratterizzato il suo atteggiamento verso la scuola si era acuita, temeva di non riuscire, dimagriva. La scelta fu però considerata, sia in famiglia sia da lei stessa, come un ripiego, e perciò devalorizzante rispetto al modello delle sorelle.

Benché gli studi proseguissero con successo, all'ultimo anno la paziente ha rifiutato di continuare la scuola, motivando il rifiuto con la convinzione di non "essere in grado". Nel frattempo è dimagrita in modo allarmante, raggiungendo livelli critici per la stessa sopravvivenza (31 Kg.). Non mangiava quasi più nulla, avendo progressivamente eliminato tutti i cibi che riteneva nutrienti o ingrassanti.

Nell'ambito della indagine anamnestica sulla famiglia sono emersi alcuni dati di rilievo: il padre ha sempre ricoperto un ruolo di secondo piano: sempre fuori casa, occupando il tempo libero con un secondo lavoro, quando è a casa vuole "stare tranquillo". Durante i pasti perciò si deve fare silenzio. I tentativi di dialogo, aperti dalle ragazze più grandi negli ultimi anni, sono sfociati in discussioni intolleranti, in quanto l'impostazione familiare relativamente ai problemi di morale, di politica, e così via, è rigidamente ottusa, senza apertura a una comprensione reciproca.

La madre è quella che si è interessata da vicino dell'educazione dei figli, anche lei allineata su posizioni rigidamente moralistiche in fatto di libertà e autonomia dei figli, mantenendo però un legame più affettivo e una maggiore apertura alla confidenza. È una donna frustrata

dalle continue preoccupazioni economiche, dalla necessità di anteporre in ogni occasione le esigenze familiari alla realizzazione dei propri desideri. Ne ha ricavato un atteggiamento rinunciatario, rassegnato, e insieme ansioso, con il quale ha spronato le figlie alla scelta degli studi come mezzo di affermazione economica e sociale.

Le sorelle sono sempre apparse come il modello da seguire, efficienti negli studi, docili e operose in casa. La paziente si è sempre misurata con loro in modo competitivo; era una battaglia già persa in partenza, dalla quale la paziente veniva traendo la convinzione della propria inferiorità.

Il fratellino, per il fatto di essere il minore e maschio, ha goduto di una educazione più permissiva. Silvana ha sempre dissimulato la gelosia nei suoi confronti sotto un atteggiamento protettivo, che il ragazzo tendeva però a rifiutare. Neanche nel rapporto con lui è quindi riuscita a far valere una qualche superiorità.

Dai tests e dai colloqui ho individuato a sostegno del quadro clinico alcuni elementi dinamici riguardanti una problematica di rapporto sia con le sorelle e il fratello, sia con la figura materna. La paziente pare uscire sconfitta nei suoi tentativi di competizione sia con le sorelle, sempre più efficienti di lei, vincitrici di ogni confronto già in partenza perché obiettivamente più grandi di età, sia col fratello, che a sua volta non accetta la supremazia, almeno cronologica, della paziente, e vince per autonomia e libertà d'azione, in quanto maschio.

Il modello femminile offerto dalla madre è quello della persona sconfitta. Tutti gli svantaggi, il peso dell'esistenza gravitano sulla donna. Anche la sessualità viene ad essere considerata un fattore di debolezza, di vulnerabilità, oltre che di colpa a causa della impostazione moralistica familiare. Alla paziente non si presentano quindi vie d'uscita: i rapporti con gli altri sono di tipo competitivo e destinati all'insuccesso, diventare donna vuol dire accettare la sofferenza e la rinuncia come condizione di vita. L'anoressia può avere un duplice scopo: attirare su di sé l'attenzione degli altri, uscire dal proprio ruolo di secondo piano per diventare protagonista, anche se in questo modo ricattatorio. Inoltre significa rinunciare ad essere donna, ad accettare le trasformazioni del corpo che conducono solo verso situazioni di delusione, per rimanere invece in uno stato infantile, il più possibile asessuato e quindi meno conflittualizzato.

3^o caso: Elena, anni 11.

Secondogenita di due figli. Il fratello è più grande di lei di cinque anni.

Il padre è arrivato ad una solida posizione economica, partendo da

più modeste condizioni. Si presenta come una persona molto concreta, incapace di valutare le sfumature, che gli sembrano "capricci da donna", a paragone dei soli valori a cui attribuisce importanza: il lavoro, il denaro, la posizione sociale. Quando non lavora, sceglie attività sportive come la caccia, da svolgere con amici e in cui le donne sono escluse o svolgono un ruolo solo marginale.

La madre appare come la più sensibile della coppia parentale, ma anche la più fragile. Intellettualmente vivace, dopo aver aiutato il marito all'esordio della attività che l'ha condotto al successo, è tornata al ruolo di casalinga con la nascita dei figli. Con rammarico si sente ora esclusa dagli interessi lavorativi e ricreativi del marito e non è riuscita a organizzarsi una vita autonoma. Svolge i suoi compiti di casalinga con precisione e dedizione, senza ricavarne né soddisfazioni per sé, né riconoscimento da parte dei familiari. Ha rinunciato alle cose che la interessavano, come le manifestazioni artistiche o culturali, o anche semplicemente l'eleganza personale alla quale teneva prima. Accusa una sintomatologia nevrotica ansiosa, che ella stessa pone in relazione con le frustrazioni dell'esistenza attuale.

La ragazza è stata sempre docile, facile da allevare, ottima studentessa. Aveva scarse amicizie, anche se era capace di slancio affettivo verso le poche amiche prescelte; a scuola non legava con le compagnie. È stata una bambina obesa, per una alimentazione eccedente, particolarmente nei dolci, di cui era golosa.

Dopo l'ingresso in 1^a Media, la ragazzina cominciò improvvisamente a essere inappetente e dimagrire in modo vistoso (più di 20 Kg.). Si rinchiese in se stessa, rifiutando anche le poche amiche, mantenendo apparentemente un investimento affettivo solo verso il gatto di casa, del quale si occupava assiduamente.

Rifiutava il cibo, era aggressiva sia nei confronti dei familiari ai quali manifestava verbalmente una improvvisa ostilità, sia nei confronti delle cose, verso le quali sembrava sfogare un desiderio di distruzione. Pareva del tutto indifferente rispetto alla propria persona: il corpo che deperiva in modo allarmante, l'aspetto trasandato, gli abiti scelti casualmente. L'approccio psicologico diretto con la ragazza rimase superficiale, limitato a pochi colloqui di chiarificazione, durante i quali ella manteneva un atteggiamento composto e corretto, ma difeso, scarsamente sintonico. Per questo motivo e per la giovanissima età si scelse una condotta indiretta attraverso una serie di colloqui coi genitori, in particolare con la madre che apparve come il fulcro attorno al quale si veniva organizzando il comportamento neurotico di Elena.

I colloqui con la madre, oltre all'effetto catartico e di appoggio, miravano a modificare taluni atteggiamenti materni attraverso un incoraggiamento alla ripresa di una propria vita più autonoma e soddisfacente.

Durante il trattamento delle giovani pazienti è emersa una problematica intensamente significativa della relazione terapeutica. Ho avuto l'impressione che ogni mia parola acquistasse un peso e una rilevanza non solo per quanto riguardava il momento propriamente interpretativo, ma in quanto veniva da me, intesa come persona con caratteristiche precise. Il mio essere donna, ad esempio, con una vita familiare, un lavoro, una casa, degli affetti personali, veniva a costituire materiale di riflessione per la paziente, talora anche di discussione. Io costituivo un modello identificatorio in misura ben maggiore di quanto il terapeuta sia verso il paziente adulto.

Il concetto di transfert quale è indicato dalla psicoanalisi, di riproduzione di conflitti istintuali infantili rimossi che trovano la loro rappresentazione nelle emozioni provate verso l'analista (secondo la definizione di Fenichel), appare riduttivo rispetto al tipo di relazione terapeutica che si stabiliva.

La concezione più ampia del transfert come è propria dei modelli junghiano (Moreno, 1978) o adleriano (Rosenthal, 1973), rispecchia meglio il tipo di relazione con l'adolescente.

Venivo a pormi come alternativa alla figura materna, non solo per quanto riguardava la proiezione affettiva, ma perché fornivo l'esempio di un altro modo di essere adulta rispetto al modello materno.

Il mio messaggio derivava quindi, anche oltre al momento interpretativo, dall'apprezzamento sulle possibilità della donna di crescere senza rinunciare a realizzare se stessa, anzi affermandosi in modo autonomo e soddisfacente, non isolandosi dall'uomo ma potendo porsi con lui in una posizione paritaria. Questa osservazione acquistava per le pazienti il significato di una speranza per il loro futuro, apriva delle prospettive nuove, che erano parse prima inattuabili.

La volontà di potenza che, neuroticamente attuata, portava a monopolizzare l'attenzione dell'ambiente col sintomo anoressia, o con le ossessioni e in tutti i casi con un comportamento clamoroso e disadattato, poteva essere meglio utilizzata per la realizzazione positiva della propria esistenza. Il messaggio che esse potevano ricevere dalla figura dell'analista era quello di un modello femminile libero dal sentimento di inferiorità, autonomo, dotato di spirito di cooperazione, capace di affrontare con coraggio i tre fondamentali problemi della vita, secondo

la concezione adleriana: la società, il sesso, il lavoro (Canziani, 1975).

Il modello da me offerto si presentava pertanto differente, anche antitetico di fronte a quello offerto dalla madre. Questo fatto poteva far sorgere il rischio di una competizione delle madri nei confronti miei, mobilitata dalla aggressività delle adolescenti e dalla controaggressività materna.

Ho ritenuto opportuno perciò recuperare la collaborazione delle madri attraverso uno o più colloqui nei quali tendevo a verificare la disponibilità a cambiamenti di impostazione pedagogica da parte loro. Le incoraggiavo a non cedere ai ricatti neurotici delle figlie, accentuando ancor più gli atteggiamenti di sacrificio, rinuncia, frustrazione: le incoraggiavo per contro a palesare maggiormente i propri desideri autentici, e a riprendere una vita più soddisfacente; così da poter offrire alle figlie un modello identificatorio femminile più sereno e realizzato.

Ponevo l'accento sulla comunicazione tra madre e figlia, durante la quale era trasmesso un vissuto di insoddisfazione e di rassegnazione, che la ragazza inconsciamente rifiutava ma non sapeva ribaltare in un programma personale e positivo, per la propria vita. L'uomo, sia padre sia fratello, appariva il più forte e il meglio realizzato, secondo linee di affermazione nelle quali la donna non trovava posto, telegata ad un ruolo subordinato e devalorizzato. L'anoressia, nel caso di Elena come nel caso di Silvana, era il mezzo utilizzato per non crescere, era il rifiuto di accettare il ruolo femminile per rimanere infantile, asessuata, protetta. Il messaggio di sconfitta che Elena e Silvana avevano colto, le portava a rifiutare tutto ciò che era femminile, il proprio corpo, l'abbigliamento, le amicizie, gli interessi. Monica sceglieva come stile di vita neurotico la stessa linea paterna, cioè la sindrome fobico-osessiva paterna, che ella utilizzava come mezzo per attirare l'attenzione su di sé e quindi valorizzarsi.

Il desiderio inevaso di essere apprezzate in quanto di sesso femminile (Adler, 1975) accomunava le pazienti in uno stile di vita neurotico, pur con espressioni sintomatologiche peculiari da un caso all'altro, con il quale tentavano di affermarsi e valorizzarsi.

Le madri vennero perciò incoraggiate a modificare in qualcosa la propria esistenza, sulla strada di una maggiore realizzazione e valorizzazione personale, scegliendo proprie linee di affermazione e compensazione.

Con tale condotta terapeutica riuscivo così a mantenere la collaborazione delle madri, che si sentivano responsabilizzate e coinvolte nel processo terapeutico, e avviavano perciò, anche al di fuori della situazio-

ne analitica, una modificazione della impostazione pedagogica e della comunicazione interpersonale familiare, essenziali per il processo maturovativo e integrativo delle giovani pazienti.

BIBLIOGRAFIA

- ADLER A. - Prassi e teoria della psicologia individuale - Newton Compton It., Roma, 1970, trad. Cervini-Di Piazza.
- ADLER A. - Psicologia dell'educazione - Newton Compton, ed. Roma, 1975, titolo orig.: *The education of children*, trad. di Adriana Piperno.
- BERMAN S. - Psicoterapia degli adolescenti a livello ambulatoriale - da: Psicoterapia dell'adolescente, Boringhieri, Torino, 1969. trad. di Carla Sborgi.
- CANZIANI G. - Introduzione a "Psicologia dell'educazione", di A. Adler - Newton Compton, ed. Roma, 1976.
- FREUD A. - Il trattamento psicoanalitico dei bambini, Boringhieri, Torino, 1972.
- FREUD A. - Normalità e patologia del bambino. Feltrinelli, Milano, 1969. Trad. di L. Schwarz.
- YOSSELYN I. - The ego in adolescence. Ann. J. Orthopsychiat. vol. 24, 233-37, 1954.
- JOSSELYN I. - Psicoterapia degli adolescenti a livello di pratica privata, da: Psicoterapia dell'adolescente, Boringhieri, Torino, 1969, trad. di Carla Sborgi.
- MORENO M. - Introduzione alla prassi della psicologia analitica. Il Pensiero Scientifico, ed., Roma, 1978.
- PARENTI F. - Manuale di psicoterapia su base Adleriana, ed. Hoepli, Milano, 1970.
- PELTZ W. L. - Psicoterapia degli adolescenti a livello combinato di pratica privata e di pratica scolastica, da: Psicoterapia dell'adolescente, Boringhieri, Torino, 1969. Trad. di Carla Sborgi.
- ROBINSON I. F. - Psicoterapia degli adolescenti a livello di scuola, congiuntamente al ricovero in un centro terapeutico, da: "Psicoterapia dell'adolescente, Boringhieri, Torino, 1969, trad. di Carla Sborgi.
- ROSENTHAL H. - Il rapporto fra paziente e terapeuta: l'egualianza come modello operativo. Comunicazione presentata al XII Congresso Internazionale di Psicologia individuale, Milano, 1973.
- SCHNEIDER P. B. - I fondamenti della psicoterapia, ed. Borla, 1977, Roma, trad. G. Pavan.