

COMUNICAZIONE D'APERTURA

GIAN GIACOMO ROVERA *

TECNICHE DI APPROCCIO CORPOREO E COMPLESSO DI INFERIORITÀ

A

Nell'ambito dell'attuale discorso psicosessuologico sul significato del corpo, appaiono prevalere quelle tendenze che ad esso conferiscono una notevole importanza. Pochi sessuologi sono disposti oggi a confondere il sessuale corporale col sessuale localizzato all'apparato della riproduzione; così come pochi psicopatologi si sentirebbero di sostenere che i comportamenti sessuali siano riferibili ad un istinto, nel senso rigoroso del termine.

Il corpo, qualora non sia inteso come mero "oggetto", media infatti una esperienza che dà senso alle consegne percettive, motorie, verbali, eccetera, specie quando si rapporta ad un altro corpo durante un incontro come quello sessuale. Le abitudini acquisite accrescono ed arricchiscono la potenzialità del nostro vissuto corporeo, in un sistema che è aperto e correlato al mondo. Il corpo come corporeità è integrato nella situazione umana ed è una dimensione della stessa, al punto che si potrebbe dire che ogni attività ha un suo aspetto corporeo, il quale in particolari momenti si specifica in modo determinato e prevalente.

Non si tratta di giungere ad una spiegazione totale dell'esistenza, passando attraverso il corpo, ma di comprendere come la nostra corporeità possa incontrarsi con quella di un'altra persona, aprendosi al suo mondo. Vi è quindi una "donazione di senso" più vasta, intrinsecamente ed interamente umana.

Sotto tale ottica antropologica, gli approcci corporei sarebbero da ritenersi un'esperienza resa possibile della struttura biologica, in rapporto (unitario ed integrato) a quella psichica. È così possibile situare un certo tipo di intelligenza psicomotoria radicata nell'organismo, sulla

*Cattedra di Igiene Mentale dell'Università di Torino

cui base, mediante una lunga interazione coll'ambiente e con la cultura, si giunge a gesti ed a condotte significanti (Lowen).

In questo senso l'uomo è un "sistema aperto", teleonomicamente orientato (che presuppone perciò un programma genetico che guida ed inscrive l'apprendimento), il quale si volge verso certi scopi, (cioè verso una anticipazione simbolica di se stesso). Dal sé corporeo l'individuo passa all'identità del proprio sé ed in seguito all'immagine di sé (riferita alla propria valutazione in rapporto agli altri); infine egli organizza l'immagine che si è fatto del mondo, anche attraverso un'elaborazione dell'"Altro generalizzato" che collauda o limita le sue spinte realizzative (Rovera).

Se questo è il modello che criticamente ed operativamente viene posto, l'approccio corporeo non può che rapportarsi al problema della corporeità del singolo individuo e perciò al suo stile di vita.

La storia corporea del soggetto e lo stile irripetibile del suo agire significativo ci offrono (ad una lettura dinamica profonda) una chiave esplicativa, non solo dei motivi eventuali che lo conducono al permanere di una conflittualità, ma anche alla metà (talora fittizia) che egli intende perseguire.

B

Qualora ci si voglia riferire alle tecniche di approccio corporeo in rapporto al complesso di inferiorità, le problematiche debbono peraltro essere ulteriormente specificate.

Il quesito che ci si pone è se possa esistere una correlazione e quale essa sia, tra "tecniche di approccio corporeo" e "sentimento e/o complesso di inferiorità".

Per rispondere sono necessari una configurazione concettuale ed un approccio clinico a questi temi, che non devono essere intesi come modelli esclusivi e totalizzanti, ma come una proposta per ulteriori approfondimenti in campo psicosessuologico.

a) Innanzitutto è opportuno ricordare che nel loro uso corrente le tecniche di approccio corporeo non sempre si riferiscono alle concezioni comportamentistiche, e solo molto raramente a quelle psicodinamiche.

Com'è noto il comportamentismo è una psicologia della condotta e dell'apprendimento che pretende di utilizzare il metodo di una rigorosa sperimentazione, escludendo l'analisi introspettiva degli stati di coscienza e rifacendosi unicamente a quel tipo di registrazione dei fenomeni sui quali tutti gli osservatori possono trovarsi d'accordo. Molto

sommariamente il comportamentismo può essere considerato come un insieme di "riflessi" comuni gli uni agli altri, secondo un modello a tipo stimolo-risposta-rinforzo.

Circa i vari tipi di approccio corporeo un elenco schematico ci indica con immediatezza quali possono essere le differenti proposte e le varie applicazioni cliniche.

Si distinguono infatti:

I) I trattamenti sulla motricità: tra questi le molteplici tecniche educative e rieducative dell'età evolutiva.

II) La fisioterapia in senso stretto, quale si utilizza in medicina generale, in ortopedia, in gerontologia, in neurologia.

III) Gli approcci corporei indiretti:

1) Lo psicodramma di Moreno (nelle variazioni psicoanalitiche, lacaniane e adleriane).

2) La danzaterapia (anche con meditazione a tipo Kundalini).

3) Le tecniche di rilassamento (yoga, training autogeno, ipnosi, sottotecniche per la psicoprofilassi ostetrica, rilassamento progressivo secondo Jacobson, eccetera).

IV) L'approccio corporeo diretto a finalità psicosessuologiche:

1) La vegetoterapia e la bioenergia di W. Reich.

2) Le tecniche elaborate da Masters e Johnson, dalla Kaplan, eccetera.

3) L'utilizzazione di approcci ludico-aggressivi (con eventuale sganciamento del registro fantasmatico). Gioco della torre, del ping pong, della culla, della lotta, del "massacro", ecc. (microtecniche utilizzate abitualmente da Abraham e Pasini).

4) Il bombardamento sensoriale audiovisivo.

5) Le tecniche di massaggio californiano (euforizzanti).

6) Gli interventi integrati secondo la scuola di Minneapolis (Mason) (specie in riferimento ai problemi sessuologici degli handicappati, dei paraplegici, degli anziani, eccetera).

b) Che significato assumono questi molteplici tipi di approccio corporeo per la Psicologia Individuale? I problemi del corpo e della sessualità sono fondamentali già nei primi lavori di Adler e ricorrono poi in tutta la sua opera e nella serie degli studi adleriani al proposito.

Quello che qui ci preme sottolineare è che il “complesso di inferiorità”, pilastro della Psicologia Individuale, entra nel vivo delle problematiche non solo del corpo (e ciò risale allo studio di Adler del 1908 sull’inferiorità d’organo), ma anche delle tecniche più recenti di intervento sessuologico.

È noto che da un sentimento di inadeguatezza e di disagio, che nasce da una reale o fittizia condizione di inferiorità (e che è una posizione comune nell’infanzia), si può giungere ad un complesso di inferiorità, quando l’individuo (con modalità più intense e scompensate), esprime la sua incapacità nel risolvere in maniera “adattiva” i compiti che gli si pongono (Parenti, Rovera, Pagani, Castello). Tale situazione, generatrice di ansia, porta il soggetto ad un superamento inautentico del complesso di inferiorità, attraverso vari tipi di compensazione negativa, che non giungono a risolvere le problematiche di fondo. Molti casi nell’ambito delle cosiddette insufficienze quantitative delle condotte sessuali (anorgasmia, eiaculazione precoce, vaginismo), manifestano uno stile di vita pervaso dal timore di essere inadeguati nei rapporti con l’altro sesso: rivelano cioè un complesso di inferiorità.

C

Giacché le tecniche di approccio corporeo (del III e specie del IV gruppo) sono specificatamente utilizzate nelle terapie delle insufficienze sessuali, ne deriva che spesso esiste una stretta correlazione tra le suddette tecniche ed un complesso di inferiorità.

Al riguardo appaiono opportune alcune precisazioni ed esemplificazioni.

a) Nella Psicologia dell’Educazione, Adler dice testualmente: “La cosa importante, che bisogna tenere sempre presente, è che una singola manifestazione comportamentale non ha nessun significato se viene isolata dal contesto della personalità globalmente considerata e che saremo in grado di comprenderla solo studiandola col resto dell’essere umano”. Ciò comporta, nell’ambito di una psicoterapia di tipo adleriano, che, qualora si voglia affrontare direttamente un sintomo (nella fattispecie sessuologica), la prevalente strategia trasformativa, a cui si rifanno le tecniche di approccio corporeo, debba essere riferita anche ad una strategia esplorativa e prospettica (Rovera, Fassino, Angelini).

b) È inoltre necessario avere presenti gli stadi dell'analisi psicologica individuale, vale a dire:

- 1) La comprensione del paziente e dei suoi problemi;
- 2) La presa di coscienza da parte del soggetto del significato del complesso di inferiorità e del carattere fittizio sia della metà, che dello stile di vita personali;
- 3) per ultimo l'adesione a quella nuova linea diretrice che l'individuo scopre con la psicoterapia.

Queste tre tappe possono venire scandite, mediante le tecniche di approccio corporeo, più come momenti psicologici che come tempi cronologici. Si schematizzano tre situazioni tipo per ricordare sia la notevole flessibilità di questo tipo di interventi, sia la rilevanza del complesso di inferiorità.

I^a SITUAZIONE

Dopo una preliminare fase diagnostica si può proporre, come intervento iniziale, un approccio corporeo diretto, con le sottotecniche ritenute più aderenti ai problemi del soggetto e della coppia (mezzi audiovisivi, approccio ludico, di focalizzazione sensoriale, di massaggio). Una tecnica di approccio diretto può agire quale detonatore sessuologico e anche come rivelatore di un sottostante complesso di inferiorità; questo verrà elaborato solo successivamente.

Esempio 1: Donna di anni 32 con anorgasmia primaria e marcata struttura fobico-ossessiva. Complesso di inferiorità, specie riferito alla condizione socio-culturale d'origine. Protesta virile con spiccata volontà di potenza e ipercompensazione riuscita negli studi e nel lavoro.

Sposata da quattro anni. Dopo tre colloqui diagnostici (uno singolo e due di coppia), si decide per un intervento di psicoterapia breve (dieci sedute di cui due a livello coniugale). Successivo trattamento della coppia con tecniche di approccio corporeo, secondo il metodo Kaplan. Aumento del piacere sessuale e discreta regressione della sintomatologia psichica.

II^a SITUAZIONE

Dopo una elaborazione analitica dello scopo fittizio che si radica nel complesso di inferiorità (otto - dodici sedute singole e di coppia) in soggetti con evidente problematica psicosessuologica, le tecniche di approccio corporeo possono essere utilizzate per "agire" direttamente in modo trasformativo, sull'insufficienza della condotta sessuale.

Esempio 2: Uomo di anni 31, sposato da cinque anni; da allora eiaculazione precoce. Tre colloqui diagnostici e terapia, presso un'équipe sessuologica, con sottotecniche specifiche: ludiche (gioco della torre e del ping-pong) di "compressione", eccetera. Dopo quindici giorni, netto miglioramento del controllo eiaculatorio, ma contemporanea insorgenza di una sintomatologia depressiva.

Si effettuano dodici colloqui analitici a frequenza settimanale, che pongono in luce un evidente complesso di inferiorità (intellettuale), compensato negativamente da un'aspirazione ad una superiorità sessuale (frustrata). Smascheramento della metà fittizia con buon recupero sia psicologico che sessuale. Emerge una conflittualità a livello di coppia.

III^a SITUAZIONE

Elaborazione analitica (del complesso di inferiorità) e tecniche di approccio corporeo vengono proposte in parallelo ed utilizzate in modo integrato, con un costante "rinvio" da una strategia all'altra. I vari operatori intervengono preferenzialmente in équipe a livello di interdisciplinarietà.

Esempio 3: Donna di 37 anni, sposata con due figli. Struttura fobica con complesso di inferiorità fisica accentuatosi gravemente dopo mastectomia destra. Da allora anorgasmia secondaria.

Si programma un tipo di intervento integrato: colloqui psicoterapeutici di coppia con tecniche di approccio corporeo, specie a livello di focalizzazione sensoriale I^o - legame di piacere (secondo Masters e Johnson e secondo Kaplan). Elaborazione delle reazioni negative sul fantasma della mutilazione del seno e sul precedente complesso di inferiorità. Risoluzione dell'anorgasmia dopo due mesi con netto miglioramento della sintomatologia depressiva.

COMMENTO

Le tre situazioni ed i tre esempi tratteggiano il ruolo dell'approccio psicodinamico nelle terapie sessuali, specie in rapporto alle resistenze. Il complesso di inferiorità può rappresentare il polo di focalizzazione di una psicoterapia di tipo adleriano.

D

Per concludere si sottolineano alcune notazioni in merito al tipo degli interventi proposti. Considerate le ipotesi metodologiche e le tecniche riferite, anche alla luce di esperienze personali, sembra che le

caratteristiche salienti di questi procedimenti possano essere sintetizzate in alcuni punti principali:

a) Vi è una certa brevità in rapporto alle cure analitiche classiche: non più di una ventina di sedute oltre le specifiche applicazioni delle tecniche di approccio corporeo. La spaziatura ed il ritmo devono anche adeguarsi all'evoluzione del quadro clinico.

b) La frequente limitazione dello scopo perseguito spesso non porta ad una revisione in profondità dello stile di vita. Specifica è tuttavia la focalizzazione sul sintomo sessuologico e sulle mète fittizie inerenti al complesso di inferiorità.

c) La scelta dei pazienti da proporre per un intervento di questo tipo tiene presente che rispondono meglio ai trattamenti i soggetti con buona capacità di compenso e le coppie ben motivate affettivamente.

Meno importante per una buona risoluzione sembra avere il periodo di insorgenza della sintomatologia sessuale.

d) La strategia del trattamento implica da parte degli operatori (che talora non appartengono alla stessa équipe) una maggior qualità di presenza, una precisa "identificazione culturale" (Rovera), una flessibilità, intesa come utilizzazione di modi diversi ed interdipendenti di operare nell'ambito di un determinato sfondo di referenze e di comunicazione. Vi è infatti l'opportunità di ricorso a tecniche multiple, ad interventi diretti e ad atteggiamenti non sempre in precedenza codificati: il tutto peraltro da inscriversi nella linea di un intervento strutturato di tipo analitico.

BIBLIOGRAFIA

- ABRAHAM G., PASINI W. - Introduzione alla sessuologia medica - (1974) Feltrinelli, Milano 1975.
- ADLER A. - La compensation psychique (1908) Payot, Parigi, 1956.
- ADLER A. - Il temperamento nervoso (1912) Newton Compton, Roma, 1971.
- ADLER A. - Psicologia individuale e conoscenza dell'uomo (1927) Newton Compton, Roma, 1975.
- ADLER A. - Psicologia dell'educazione (1930) Newton Compton, Roma, 1973.
- ADLER A. - Le sens de la vie (1933) Payot, Paris, 1975.
- LOWEN A. - Il linguaggio del corpo (1958) Feltrinelli, Milano, 1978.
- MASON M. - The role of the female co-therapist in the male sex offenders group. Third Int. Congr. of Medical Sex. Abstracts, Rome, 224, 1978.
- MASTERS W. e JOHNSON V. E. - L'atto sessuale nell'uomo e nella donna (1966) Feltrinelli, Milano, 1972.
- MASTERS W. e JOHNSON V. E. - Il legame del piacere (1974) Feltrinelli, Milano, 1975.
- KAPLAN S. H. - Nuove terapie sessuali (1974) Bompiani, Milano, 1976.
- PARENTI F., ROVERA G. G., PAGANI P. L. e CASTELLO F. - Dizionario ragionato di psicologia individuale - Cortina, Milano, 1975.
- ROVERA G. G. - Mania e rapporto intersoggettivo - Ann. Freniat e Scienze Affini, 88, I-19, 1970.
- ROVERA G. G. - Psicoterapia e cultura: prospettive su base adleriana - Rel. Congr. Ital. di Psicoterapia, Venezia, 1974, Il Pensiero Scientifico, Roma, 1976.
- ROVERA G. G. - Fenomenologia del corpo e stile di vita nelle malattie psicosomatiche. Atti Congr. Med. Psicosom., Pozzi, Roma, 1975.
- ROVERA G. G. - Tactique de relation et sémantique existentielle: propos de psychot-thérapie d'Adler. Xe Congr. Int. de Psychot., Paris, 1976.
- ROVERA G. G. - La individual psicologia: un modello aperto. Rel. Congr. Int. di Psicologia Individ. Monaco, 1976 Riv. Psic. Ind. (5-6), 1977.
- ROVERA G. G. - La psicoterapia quale situazione di crisi - da "la psicoterapia nelle situazioni di crisi" Il Pensiero Scientifico, Roma, 1977.
- ROVERA G. G., CIONINI CIARDI E. e ACCOMAZZO R. - Modelli psicosessuologici in igiene mentale - Minerva Medica, Torino, 1975.
- ROVERA G. G., FASSINO S. e ANGELINI G. - Prospettive interdisciplinari e interanalitiche in psicoterapia - Minerva Medica, 18.4. 1977 (167-174).