

GABRIELLA MORASSO *

MODIFICAZIONE DI COMPENSAZIONI NEVROTI-CHE NEL CORSO DI UNA PSICOTERAPIA BREVE.

Un caso di enuresi ed encopresi infantile

Fra le tecniche psicoterapiche adottate per la risoluzione di sintomi altamente tipicizzati e grossolanamente evidenti, qualora i pazienti siano bambini, deve sempre essere presa in considerazione la psicoterapia di tipo breve o focale, non tanto come progetto operativo dell'analista, quanto come fenomeno che deve essere colto e compreso nel suo evolversi. In sostanza, partendo dal concetto che ogni psicoterapia è un'avventura nella novità, e in particolare la psicoterapia dei bambini e degli adolescenti, lo schema pragmatico classico dell'analisi adleriana deve essere reso estremamente duttile in rapporto al caso ed alla sua evoluzione.

Dobbiamo considerare l'estrema importanza che l'apprendimento di nuovi schemi o la scoperta di significati prima oscuri, o la sperimentazione di un modello di rapporto interumano, diverso rispetto a quello abituale, possono avere sulla personalità di un soggetto in fase altamente evolutiva, quale, ad esempio, un bambino di circa dieci anni con un buon livello di intelligenza. Pertanto, mentre riteniamo rischioso il programmare una psicoterapia breve, riteniamo altamente positivo il poter concludere in tempi brevi una psicoterapia, a patto che il cambiamento non sia effimero.

In pratica desideriamo verificare se, nell'ambito di una psicoterapia a breve decorso, i cambiamenti comportamentali corrispondano a modificazioni reali di compensazioni nevrotiche, tali da incidere sullo stile di vita del paziente o se invece debbano essere viste come semplici stratificazioni «per via di mettere».

Il caso presentato, seguito in psicoterapia per circa tre mesi, sembra dimostrare che la scomparsa del quadro sintomatologico

* Specialista in psicologia - Genova

co corrisponda ad un effettivo cambiamento delle modalità di compensazione del senso di inferiorità e di colpa, in particolare per quanto riguarda le compensazioni secondarie sulle quali il sintomo sembra costruirsi. Ricordiamo che il sintomo rappresenta l'estrema modalità di compensazione e quindi il livello più superficiale espresso dall'insieme delle modalità compensatorie. Si tratta di un bambino di 9 anni e 7 mesi portato dallo psicologo perché affetto da encopresi diurna ed enuresi notturna, secondo la madre, da sempre. La sintomatologia è sempre stata presente, salvo brevissime remissioni, che né la madre, né il bambino riescono a collegare a particolari momenti di cambiamento delle condizioni ambientali.

Anamnesi familiare: la madre di Claudio ha sei figli: i primi tre avuti dal primo marito ora deceduto, gli altri tre, di cui Claudio è il secondo, sono figli dell'attuale compagno delle madri.

Il padre ha sessantasei anni, la madre quarantatré. Appaiono entrambi persone positive, valide; nell'educare i figli non ricorrono a punizioni fisiche. Tutti e due i genitori lavorano, il padre commercia in carta, la madre è addetta alle pulizie in un ufficio.

La madre, ai primi colloqui, si lamenta anche della gelosia di Claudio per le sorelle, specialmente per quella minore e del suo carattere chiuso e introverso.

Anamnesi personale: nato da parto prematuro avvenuto quaranta giorni prima del termine, con asfissia e cianosi. Sviluppo fisico generale regolare; non altri precedenti patologici degni di rilievo. Ad una prima sintesi si evidenziano alcuni importanti temi:

- elementi di inferiorità organica (asfissia neonatale, mancismo)
- situazione familiare peculiare per la composizione e per i rapporti all'interno del nucleo
- presenza di sintomi quali encopresi ed enuresi primaria insorgenti nelle più varie situazioni.

La prima fase diagnostica del lavoro è consistita nel chiarire la situazione sul versante neurologico-clinico (visita neurologica corredata di EEG, da cui emergevano irregolarità aspecifiche localizzate posteriormente, di tipo dismaturativo) e su quello delle capacità prestazionali e del livello di maturazione intellettuale (attraverso tecniche globali: scala WISC, e settoriali: test di

Benton per la valutazione delle capacità di orientamento spazio-temporale).

Dall'insieme emergeva un livello di intelligenza adeguato all'età; una buona capacità di esecuzione alle prove settoriali, nell'ambito delle quali il soggetto si dimostrava in grado di fornire prestazioni superiori alla media (compensazione dell'inferiorità nello stesso settore).

Descrizione sintetica degli elementi rilevati attraverso le tecniche proiettive (Rosenzweig, TAT, Rorschach).

Scarso o assente il grado di accettazione della realtà, tendenza a risolvere con minimizzazione situazioni di disagio. Negazione dei problemi; dipendenza conflittuale dagli oggetti d'amore.

Grande aspirazione a raggiungere traguardi assoluti: il rendersi conto di non essere il più forte è per lui la più grande punizione.

Il padre è visto come un modello da ammirare e da invidiare; in quanto capace di dare corpo al modello è un rivale, talvolta un nemico. Tendenza a identificarsi con l'aggressore. Presenza di un altissimo senso di personalità (io grandioso onnipotente che la buona capacità intellettuale contribuisce a nutrire).

Ogni volta che fa qualcosa, deve farla furtivamente (poiché è illecita), però c'è sempre un meccanismo automatico che fa scattare l'autodenuncia, sotto l'influenza del senso di colpa (iper-compensazione non valida, nella direzione della carenza, che innescava un meccanismo controfobico).

Attraverso la generalizzazione delle dinamiche si costituiscono le modalità relazionali. Il bambino imposta i suoi rapporti con gli altri su un piano «disinvolto» che non corrisponde al suo profondo modo di essere.

Il senso di colpa si esprime con vissuti persecutori, elaborati anche attraverso spunti oppositivi, con caratteristiche di originalità. Si evidenzia una formazione reattiva quale compensazione secondaria del tentativo di negare l'esistenza dei problemi che sono alla base dell'ansia per il persistere del tentativo di compensare una inferiorità (il sintomo) nello stesso settore carrente.

La persistenza dei sintomi e il desiderio di eliminarli, espresso sia dalla madre che dal bambino, richiedeva l'avvio di una psicoterapia.

All'inizio della terapia emergevano questi problemi:

- timore che il terapeuta propagasse notizie circa il suo sintomo segreto di cui si sentiva colpevole. Ricorreva una frase: « Ho paura che lei dica ad altri quello che faccio, ma.... certamente avrà qualcosa di più interessante di cui parlare»;
- estremo bisogno di difendersi dalla «imputazione» di cui si sentiva colpevole;
- continua richiesta di essere aiutato a scagionarsi.

Una gran parte delle sedute è stata dedicata alla discussione dell'andamento del sintomo. Il terapeuta aveva suggerito di tenere un diario, le cui annotazioni il bambino era libero di presentare o non presentare.

Lo scopo del suggerimento era quello di aiutare il paziente a superare l'ambivalenza fra il senso di colpa ed il bisogno di non ricadere più in «quei fatti» (episodi enuretici ed encopretici) su cui si innescava un processo tautologico.

In sostanza il suggerimento tendeva ad aiutare il bambino ad imparare ad accettarsi. Inizialmente il suggerimento venne accolto in termini di obbedienza. Per qualche seduta il paziente portò il quaderno che consegnava al terapeuta perché lo leggesse.

Gradualmente la sua scrupolosità nell'obbedire alla consegna si attenuò, mentre si faceva più decisa la sua richiesta di essere trattato come un adulto, intanto che la sintomatologia si diradava.

Un giorno il paziente disse di non capire a che cosa il diario poteva in effetti servire e, d'accordo col terapeuta, smise di compilarlo. In una successiva seduta arrivò e propose lui stesso di parlare di «qualcosa di diverso dal solito»; poi precisò che voleva sentirsi raccontare «la storia di un bambino che si dà al nuoto». Il terapeuta accolse la richiesta e raccontò una storia nella quale inserì situazioni in cui erano presenti gli elementi: rischio, riuscita, ricompensa (la storia di un bambino che vorrebbe diventare campione di nuoto, ma ha paura di gettarsi nell'acqua e di affogare. Il suo maestro un giorno lo spinge nell'acqua, il bambino si accorge di riuscire a stare a galla e da quel momento impara a nuotare bene e diventa prima un campione e poi un maestro di nuoto e racconta la propria storia ai suoi allievi).

A questo punto della narrazione il terapeuta propose al bam-

bino di continuare lui ed egli concluse: « C'è un bambino tra i suoi allievi che vuole fare uguale, ma fallisce, non riesce a stare a galla e va a fondo... Ma la colpa non è del maestro di nuoto che gli aveva solo raccontato la sua esperienza, ma non lo aveva spinto a ripeterla! ».

Nella seduta seguente emerse in tutta la realtà e drammaticità il problema dell'intensa rivalità con il padre. Il bambino parlò di suo padre e ne riferì una frase « Mio padre dice sempre: potevo fare tutti i mestieri che volevo, che sarei riuscito in tutto ». Il bambino concluse dicendo che lui « pensava proprio di non farcela ».

In questa fase della psicoterapia era avvenuto un cambiamento fondamentale: l'accettazione del bambino da parte del terapeuta aveva consentito al bambino stesso di imparare ad accettarsi e di non vivere più in termini così drammatici come prima le sue risposte al senso di colpa. L'anello tautologico era spezzato.

Contemporaneamente era avvenuta la scomparsa del sintomo e il bambino aveva potuto esprimere i suoi sentimenti di rivalità verso il padre senza l'innesto di altri sintomi nevrotici.

Il bambino dimostrò un intenso desiderio di poter utilizzare questo suo nuovo modo di affrontare i problemi in termini autonomi ed espresse l'intenzione di sospendere la psicoterapia.

La scomparsa del sintomo aveva come effetto speculare la cadduta del bisogno di compensare una inferiorità comportamentale, risultato di una problematica nevrotica. Il rinforzo positivo, rappresentato dalla possibilità di accettarsi, pur con i suoi sentimenti di rivalità per il padre, determinava l'innesto, in armonia con le sue esigenze, di un meccanismo analogo a quello che per tanto tempo era stato contemporaneamente effetto e causa del suo disagio.

Dopo aver valutato questo risultato e la richiesta di sospendere la psicoterapia in termini cauti, il terapeuta ritenne opportuno accettare la proposta del ragazzo, limitandosi a concordare con lui e con la madre circa la necessità di un periodico controllo teso a confermare la reale scomparsa della sintomatologia disturbante.

A distanza di oltre un anno i sintomi non si sono più ripresentati e, pertanto, si può ritenere che il mutamento sia stato sostanziale e definitivo.

BIBLIOGRAFIA

ADLER A. Über den nervosen Charakter, Bergmann, Monaco Trad. it. Il temperamento nervoso, Astrolabio, Roma, 1950.

ADLER A. Praxis und Theorie der Individualpsychologie, Bergmann Monaco e Wiesbaden 1920 Tra. it. Prassi e teoria della psicologia individuale, Astrolabio, Roma 1967.

ADLER A. Problems of neurosis, Harper Torchbooks, New York, 1964.

DREIKURS R. Psychodynamics, psychotherapy and counseling, Univ. of Oregon Press, Oregon 1963.

PARENTI F. Manuale di psicoterapia su base Adleriana, Hoepli Milano 1970.

WOLMAN B.L. Psychoanalytic techniques, Basic Books, Inc. 1967. Trad. it. Manuale delle tecniche psicoanalitiche e psicoterapeutiche, Astrolabio, Roma 1974.