

FRANCESCO CASTELLO *

LA VOLONTÀ DI POTENZA:
SUA ESPRESSIONE
IN ALCUNI CASI DI ANORESSIA MENTALE

La pratica psicoterapica ci indica quanto l'elemento definito da Adler « volontà di potenza » sia presente nella nevrosi, modo di essere disarmonico e discordante rispetto alla realtà. Tra le situazioni cliniche esprimenti gli stadi avanzati della modalità nevrotica, con tutte le più profonde contraddizioni che la denotano, sotto forma di cortei sintomatologici facenti parte di quadri morbosi, annoveriamo i casi di anoressia mentale.

La volontà di potenza viene cimentata, in modo particolarmente arduo, dai movimenti frustranti; essa, come il senso di colpa, costituisce, se portata a livelli estremi, la compensazione distorta di quei vissuti di inferiorità e di inadeguatezza che sembrano essere parte inscindibile della vita umana, fin dal suo inizio dominata dall'esistenza di bisogni cui il bambino neonato non è in grado di apportare soddisfacimento. Da questa situazione, ambientale rispetto alla personalità del soggetto, partono le premesse di un piano di vita, contenente già, in embrione, i modelli ispiratori delle compensazioni. Secondo le caratteristiche dell'ambiente, che per il bambino è, comunque, ambiente educativo, giacché da esso trae i primi apprendimenti ed i primi rinforzi, e l'interazione tra le varie fasi di sviluppo biologico ed il sistema relazionale individuale, possono avviarsi forme di compensazione positiva, realisticamente impostate, contenenti le premesse che porteranno allo sviluppo del senso sociale, o forme « come se » di compensazioni distorte, all'insegna di finzioni o controfinzioni fittizie. Il grado di radicamento nella

* Contrattista presso l'Istituto di Psicologia della Facoltà di Medicina - Università di Genova.

personalità di questi sistemi, costituenti lo stile di vita, può essere vario, il loro funzionamento può essere più o meno rigido. Da queste varie punteggiature e gradazioni dipende la corrispondente intensità dell'ancoratura nello stile di vita o di allontanamento del soggetto dal piano del reale. Possiamo, così, incontrare personalità con bisogni di valorizzazione suscettibili di soddisfacimento in modo conflittuale, che però si mantengono su un binario non particolarmente greve di sofferenze, o personalità che per aver tentato di evitare (a volte, direi ab initio) la sofferenza, si trovano schiave di modelli comportamentali e di risposte emotive tendenti decisamente alla distruttività. Di questi ultimi, a connotazione autodistruttiva, fanno parte le anoressie.

Abbiamo già rilevato come il sintomo anoressico esprima un profondo impegno nevrotico della personalità, con incapacità ad elaborare il reale e perdita del controllo sui programmi personali a medio-lungo termine (come accade ai portatori di lesioni ai lobi frontali). Si costituisce allora uno stile di vita, caratterizzato da tutto un corteo di modalità e di comportamenti, che investono, in modo globale, il percepirci ed il relazionarsi al mondo da parte del soggetto ammalato, che appare rigidamente orientato a perseverare sulla strada della nevrosi, la quale spegne ogni possibilità di modificaione e di crescita, tanto che, alla fine, perviene ad un macroscopico risultato regressivo.

La breve esposizione che segue riguarda quattro casi di anoressia in giovani donne o adolescenti, seguiti durante la degenza in reparto ospedaliero, o in Clinica Universitaria, dove era stato necessario effettuare il ricovero, in relazione all'intenso dimagrimento.

1) Sandra C. di 12 anni. Ha una storia difficolta di adattamento al suo ambiente, che parte dalla difficoltà dell'ambiente familiare a creare quel rapporto costruttivo (educativo e capace di fornire le affermazioni necessarie ad integrare le componenti biologiche dell'accrescimento) che è una delle premesse per l'armonica maturazione della personalità. È abituata a cercare di dominare; il dominio si estende alla sua persona ed a quelle che la circondano. Quando esce dalla ristretta cerchia familiare, nella quale i problemi venivano, con la collusione degli adulti, elusi,

attraverso l'evitamento, quando comincia a frequentare la scuola, non riesce ad armonizzare i rapporti con le compagne. Il clima scolastico le appare ostile; le altre bambine la chiamano « cicciona ».

La sua esistenza sembra, prevalentemente, finalizzata ad evitare i dispiaceri, le difficoltà, che la realtà continua a presentare. Le è difficile chiedere qualcosa; tende ad aspettare e ad aspettarsi che gli altri intuiscano i suoi desideri ed i suoi bisogni. Sul piano verbale comunica molto poco. Col silenzio (che è « non parlare ») comunica il suo imbarazzo, che dagli altri viene parzialmente frainteso: gli altri colgono, più di ogni altra cosa, « la prepotenza » che sta dietro al suo silenzio. Sandra vive una situazione di costante controllo avversivo. L'esperienza di soddisfacimento di bisogni fisici assume valore conflittuale: il conflitto è sofferenza. Il corpo diventa nemico e nemiche sono tutte le cose e le azioni dirette a servirlo. L'anorexia si struttura su queste basi.

2) Marilena A., 24 anni, sposata da 5 mesi. Per lei l'accettazione della realtà esterna è sempre stata difficile: dopo la morte della nonna, che le era particolarmente cara, continuò per molte settimane a passare sotto le finestre della sua casa ed a salutarla, sperando di ottenere risposta. È figlia unica; la famiglia ha sempre cercato di difenderla dalle difficoltà della vita. Ama molto il padre e prova sentimenti ambivalenti verso la madre. Ha sempre teso ad esercitare un intenso dominio, sia nel campo delle relazioni cogli altri, sia nei confronti di se stessa. Lavora e riscuote la paga solo quando il suo datore di lavoro, spontaneamente, gliela consegna; non ha mai chiesto di essere pagata, vorrebbe, però, che il debitore si facesse carico di assolvere ai suoi obblighi. Durante l'adolescenza, ricorda di essersi sentita diversa dalle compagne di scuola, con le quali le era difficile legare. Ha avuto alcuni brevi flirts con coetanei, impostati in termini che precludevano ogni benché minimo accenno a contatti fisici. Ha sempre troncato la relazione alla prima sensazione di non essere totalmente compresa e accettata. All'età di 20 anni, una frattura ad un arto la immobilizzò a letto per molto tempo. Il dover subire questa imposizione si accompagnò a diminuzione di appetito e di peso. Si sentiva brutta. Il fidanzamento, che ha trovato conclusione nel matrimonio 5 mesi fa,

iniziò in quell'epoca. Sentiva di non piacersi e doveva dimostrarsi di poter piacere al fidanzato. Guarita dalla frattura, cominciò a lavorare e, dopo il matrimonio, si buttò a capofitto nel lavoro. Appare chiaro il suo bisogno di competere col marito, la cui attività lavorativa lo impegnava molte ore al giorno. In questo suo vivere intenso, febbre, non c'era tempo per mangiare. Il dimagramento era per lei fonte di irritazione: non perdonava al suo corpo la « disobbedienza ». Viveva il suo corpo come un nemico che la ostacolava nell'attuazione dei suoi piani.

3) Franca M. di 16 anni. I genitori non hanno mai saputo rappresentare un valido punto di riferimento. Ha sempre avuto difficoltà ad inserirsi attivamente tra i coetanei. Circa un anno fa ha conosciuto un ragazzo; si sono frequentati per un po' ed i loro incontri sono sempre esitati in violenti contrasti. Dice: « Ci trovavamo solo per litigare ». Dopo qualche mese la relazione si è interrotta. Franca si è sempre sentita brutta, ha sempre avvertito, inoltre, con senso di dispiacere e di colpa, come molto misere, le condizioni economiche dei genitori.

Dopo l'interruzione della relazione ha cominciato a dimagrire vistosamente. A casa, l'andare a tavola è il solo momento di riunione della famiglia. Quando c'è qualche discussione o di verbio, il familiare che si trova su posizioni perdenti si alza da tavola e va a chiudersi in camera sua. Anche Franca ha sempre fatto così. Dice che, quando qualcosa non andava, smetteva di mangiare e si isolava. Così ha fatto anche dopo la delusione sentimentale, alla quale tende, a parole, a non attribuire importanza.

Il rapporto colla madre è caratterizzato da sensi di colpa. La ragazza descrive la madre come la persona più sacrificata di tutta la famiglia. Durante la psicoterapia, nel corso della quale i conflitti trovano attenuazione, riprende ad alimentarsi, ma quando sente che il suo legame con la madre, proprio per effetto del lavoro terapeutico, è in pericolo, si fa dimettere dalla clinica.

4) Elvira T., di 14 anni, è orfana di madre dall'età di 6 anni. I rapporti tra lei, il padre, il fratello ed una sorellastra, figlia di primo letto della madre, sono improntati da sempre ad una sorta di ricatto affettivo del tipo: « se fai così mi fai star male ». La ragazza ha sempre vissuto molto sola ed anche frequentando la scuola non ha amici; in compagnia di estranei si sente a disagio. Prova forti sentimenti di colpa verso il padre e la sorellastra,

che talora si traducono in atteggiamenti ostili nei loro confronti, proprio quando il senso di colpa è più intenso, o quando il padre le si presenta come persona che induce pietà. Per lei, mangiare è una espressione di benessere. Inoltre da bambina era un po' grassa e si sentiva molto goffa. Non ha mai fatto ginnastica, perché, la prima volta che ci provò, fu presa in giro dall'insegnante e dalle compagne. Si è sempre sentita diversa rispetto alla sorellastra, ha sempre avuto la sensazione che a lei il padre desse molto di più, ma che il suo aver di più non fosse in linea col suo ideale di personalità; infatti il compiere azioni da benestanti si associa per lei all'essere coccolati, trattati come bambini piccoli. Questo frustra notevolmente il suo bisogno di superiorità. Può mangiare in vista di uno scopo importante, ma non prova alcuno stimolo definibile come «appetito». Le contrarietà fanno scattare in lei risposte aggressive.

Non fa parte del programma di questo lavoro la descrizione dettagliata dell'approccio terapeutico e dell'andamento dell'analisi, che pure ha ottenuto positivi risultati. Il proposito principale è di poter esaminare, desumendoli dai casi descritti, alcuni punti enunciati nella premessa. Notiamo la conflittualità del rapporto coi genitori e con altre persone investite di affetti intensamente coinvolgenti (padre, marito, fidanzato, datore di lavoro). L'evocazione di figure importanti fa scattare specularmente l'istanza onnipotente; allora il senso di inadeguatezza è assoluto ed avvertito come un vuoto depressivo che annulla le naturali spinte vitali.

Osserviamo come, nella storia personale di tutte le nostre ammalate, vengano in risalto episodi che fanno riferimento ad umiliazioni, derivanti dall'essere, o dall'essersi, giudicate grasse e quindi brutte, o sentite portate a rifiutare il cibo, perché ritenuto un qualcosa di degradante. Notiamo anche come una ulteriore frustrazione sia loro derivata dal fatto che il loro corpo rispondeva con il dimagramento e l'indebolimento alla depravazione alimentare. Si può affermare che in queste ammalate venga meno, o non si sia mai costituita, la capacità di una relazione di scambio (dare-avere) con se stesse e cogli altri. Per le nostre pazienti, dare significa perdere una parte della propria onnipotenza, incrinarne la totalità assoluta; ricevere significa riconoscere di dover dipendere dagli altri. Entrambi gli aspetti della rela-

zione di scambio vengono sostituiti da due modalità estreme: imporre agli altri o a se stesse; prendere e pretendere dagli altri, aggressivamente, imperiosamente. Il chiedere diventa: io voglio e pretendo ciò che voglio; e l'altro dovrebbe dare, intuendo il volere, senza sentirsi chiedere ciò che occorre.

Vediamo così il costituirsi di una volontà di potenza smisurata che, per la sua brama di autosostentamento, non può rinunciare ad una rigidità inflessibile. Tutto questo si traduce in risultati distruttivi, di cui il corpo è vittima, perché viene ad essere il campo di battaglia in cui la vicenda si svolge.

La controfinzione fittizia giganteggia nell'esistenza di chi ne è preda, poiché corrisponde ad una mancata maturazione armonica dei principali settori della personalità. Su questa dismaturazione si costruiscono le compensazioni secondarie (tra cui la anoressia) ed un tentativo di schemi adattivi che, per la loro distruttività, si attivano con una resa negativa (misurabile, in termini corporei, col defedamento). A queste difficoltà si accompagna e corrisponde un modo peculiare di relazionarsi agli altri e, in particolare, agli altri oggetti d'amore, rappresentati da persone. Una troppo intensa volontà di potenza non consente, ed esempio, l'esplicazione di un'armonica vita sentimentale e sessuale; è noto che una normale vita sentimentale e sessuale richiede un'armonizzazione maturativa che le nostre pazienti non hanno raggiunto.

Nei casi di anoressia mentale la psicoterapia ha come obiettivo fondamentale la maturazione globale della personalità. La resistenza, espressa in termini di volontà di potenza, è la ripetizione, trasferita all'interno della relazione terapeutica, di questa opposizione al cambiamento, aggrappata a schemi estremamente infantili. L'adozione di modelli comportamentali adulti appare, infatti, difficile ed accompagnata da intensa ansia.

La letteratura adleriana (A. Adler, F. Parenti) definisce la anoressia come una modalità attraverso la quale il malato esercita un forte dominio sui familiari e su tutto l'ambiente umano che lo circonda. L'analisi dei casi conferma questa enunciazione, anche se la conoscenza dei termini del problema non viene molto in aiuto al processo terapeutico, nel senso di una sua abbreviazione, poiché la ricostruzione della personalità attraverso l'ado-

zione di compensazioni più adeguate ed attuabili è un lavoro lungo e lento.

Riteniamo importante sottolineare come la messa in rilievo di una volontà di potenza così grandemente sviluppata, come hanno mostrato le pazienti anoressiche seguite in questa relazione, debba servire da segnale di allarme, indicativo del trovarsi in presenza di situazioni psicopatologiche di rilevante gravità e pertanto necessitanti di immediato sostegno terapeutico.

BIBLIOGRAFIA ESSENZIALE

- ADLER A.: (1912) *Il temperamento nervoso* - Newton Compton - Roma, 1971.
- ADLER A.: (1920) *Prassi e teoria della psicologia individuale* - Newton Compton - Roma, 1970.
- ADLER A.: (1927) *Psicologia individuale e conoscenza dell'uomo* - Newton Compton - Roma, 1975.
- PARENTI F. & COLL.: *Dizionario ragionato di psicologia individuale* - Cortina - Milano, 1975.

TESTI CON SPUNTI ISPIRATORI

- ELLENBERGER H. F.: *La scoperta dell'inconscio* - Bordighieri - Torino, 1972.
- SKINNER B. F.: *La scienza del comportamento ovvero il Behaviorismo* - Sugar - Milano, 1976.
- WOLMAN B. B.: *Manuale delle tecniche psicoanalitiche e psicoterapeutiche* - Astrolabio - Roma, 1974.