

FRANCESCO PARENTI *

TECNICHE DI DECONDIZIONAMENTO
D'ISPIRAZIONE ADLERIANA
NELLE NEVROSI FOBICO-OSSESSIVE

Il finalismo palese ed occulto delle ossessioni e delle fobie

Le idee ossessive s'impongono all'individuo con intensità e ripetizione automatizzata, esercitando su di lui una coazione e traducendosi spesso in azioni pure coatte, con caratteristiche di ritualità stereotipa. La loro frequente assurdità è abitualmente avvertita, almeno in parte, da chi le presenta, il che le differenzia dall'acriticità totale delle idee deliranti.

Non sempre l'ossessività raggiunge un livello di sicura patologia, limitandosi infatti talora ad improntare il carattere e il comportamento di un individuo con un eccesso di rigidità e di precisione. La linea di confine fra la semplice impronta caratteriale e la nevrosi non è drasticamente definibile, tanto che, in questo ed in altri settori, la sintomatologia nevrotica può essere in fondo acquisita come un'accentuazione patologica o una deformazione qualitativa di fenomeni riscontrabili anche negli individui normali.

Le fobie, in larga percentuale associate alle ossessioni, sono forme di paura patologica che si distinguono come devianti per la loro incidenza quantitativa o per l'inadeguata valutazione degli obiettivi. L'associazione fra sintomi fobici e ossessivi è assai frequente e segue, in linea di massima, due diverse modalità. La fobia può essere di per sé infiltrata dall'ossessione per le sue caratteristiche di automatismo ripetitivo e coatto. E' questo il caso del patofobo, che prova un accentuato timore di ammalarsi di fronte ad ogni stimolo, anche irrilevante. Altre volte il rituale coatto segue l'angoscia fobica e assume il valore di un artificio diretto

* Presidente della Società Italiana di Psicologia Individuale.

a neutralizzarne o almeno ad attenuarne transitoriamente la portata. Così l'individuo orientato con timore e diffidenza verso i suoi simili, intesi come potenziali nemici, può sentirsi costretto a controllare più e più volte, sino all'esasperazione sofferta, la chiusura della porta della sua abitazione.

La Psicologia Individuale Adleriana, coerente al suo modello teleologico, inquadra finalisticamente ossessioni e fobie come « compensazioni » e si preoccupa di ricostruire la linea direttrice lungo la quale esse agiscono al servizio di un « fine ultimo » spesso inconsapevole e fittizio. Questo tipo di dinamismo è valutato come un artificio volto a porre rimedio a un sentimento d'inferiorità e d'insicurezza. L'orientamento interpretativo adleriano intravvede di caso in caso metà rassicuranti impostate sulla ritualità o indirizzate verso l'ambiente con il valore di pressione o di richiamo affettivo. L'apparente monotematicità di tale orientamento d'analisi consente in realtà di avvertire e spiegare obiettivamente situazioni quanto mai diverse e complesse, poiché la volontà di potenza si esplica in ogni settore della vita psichica e del comportamento, nell'ambito multiforme delle relazioni interpersonali, comunque ravvisabili nel sesso e nell'affettività, nel lavoro e nell'amicizia.

Qualche esempio potrà meglio chiarire i temi ora sintetizzati. L'individuo che compie un'azione assurda e coatta può cercare inconsciamente una garanzia preventiva di sicurezza contro determinati rischi, verso i quali si sente debole e impreparato. Ancora il fobico-ossessivo può crearsi una paura e un'inibizione superficialmente irrazionali, per essere costretto ad osservarle e trarne una deresponsabilizzazione che desti in lui una tranquillità almeno contingente. In molti casi l'ossessione o la fobia hanno il valore simbolico di un grido d'allarme e di una richiesta d'aiuto indirizzati verso l'ambiente e specie verso suoi settori particolarmente vicini al soggetto, come la famiglia. Certi rituali di precisione perfezionistica manifestano un obiettivo di dominio e di affermazione, che si propone di valorizzare chi li esplica o di costringere altri a seguire suoi criteri soggettivi ipervalutati. La ritualità dell'ossessione e l'angoscia acritica della fobia hanno talvolta infine uno scopo purificatore o espiatorio, che tende a neutralizzare un senso di colpa, vissuto come contaminante e quindi come inferiorizzante.

L'ansia e la sua espressione più drammatica, costituita dall'angoscia, fanno sempre da supporto all'obbligatorietà della sintomatologia fobico-ossessiva. Il rifiuto razionale della coazione comporta infatti sempre il prezzo troppo impegnativo di una sofferenza ansiosa, aggravata d'abitudine dalla sue implicazioni psicosomatiche, tanto che l'ossequio rassegnato alla dittatura della nevrosi è la scelta quasi inevitabile del nevrotico psicologicamente non trattato.

La Psicologia Individuale, che rientra di diritto fra le dottrine dell'inconscio anche se le si attribuiscono con carenza di obiettività limitazioni alla sfera dell'Io, consente di ricostruire una vasta e imprevedibile gamma di collegamenti fra le manifestazioni fobico-ossessive, le loro finalità di superficie e i dinamismi inconsapevoli che le sostengono. Fobie ed ossessioni possono perseguire scopi ben chiari ed avvertiti dalla coscienza, tanto che il soggetto ne contesta la validità e cerca di opporsi ad essi senza riuscirvi e riportandone una frustrazione. Un'analisi più approfondita è in grado però di appurare le motivazioni segrete di questo quadro apparente, che spesso si differenziano o addirittura si contrappongono alle cause di superficie. In una larga percentuale di casi, invece, la sintomatologia coatta è priva di motivazioni coscienti e si propone perciò come totalmente assurda. Il nevrotico allora è particolarmente frustrato dalla carenza di mete razionali atte a giustificare anche in modo fittizio i suoi pensieri e le sue azioni. Tutto il dinamismo della nevrosi è qui radicalmente collocabile nell'inconscio, le cui elaborazioni si rivelano sempre all'analisi rivolte verso un fine ultimo ben protetto e celato. Nell'uno e nell'altro caso, comunque, il nevrotico mostra sempre, se pure in vario grado, un'autocoscienza di assurdità e di patologia, che rappresenta l'impronta caratteristica di queste forme e le infiltra d'imbarazzo e d'impotenza sofferta.

Il trattamento psicologico delle nevrosi fobico-ossessive

Le ossessioni e le fobie sono certo un obiettivo psicoterapeutico di grande impegno, per la complessità e spesso per l'assurdità elaborata dei loro sintomi, talvolta così lontani dagli aspetti consueti della realtà da proporre una diagnosi differenziale con le psicosi. Il nevrotico fobico-ossessivo presenta però alcune frequenti caratteristiche che lo rendono un paziente di per sé ben

disponibile alla cura psicologica. Egli infatti, almeno nelle forme tipiche, avverte l'abnormalità della sua condizione mentale e desidera liberarsene, pur non essendone capace con le sue forze e soffrendo perciò intensamente per la sua insufficienza. Di qui, in lui, un particolare bisogno di essere aiutato, per la verità in ambivalenza con l'attaccamento caparbio ai suoi rituali e ai suoi timori. Per questi motivi, la fase interpretativa della terapia si svolge d'abitudine con l'appoggio di una buona collaborazione, aperta senza grosse resistenze all'analisi degli eventuali simboli-smi inconsci che sostengono i disturbi.

Il recupero attivo del soggetto in cura presenta invece notevoli difficoltà, poichè ogni tentativo di rinunciare alle compensazioni morbose, anche dopo la comprensione del loro significato inconscio, destà in lui un grave stato d'angoscia con tutti i sintomi neurovegetativi che questo comporta. Il valore finalistico che la psicologia adleriana attribuisce a questi rituali nevrotici spiega perfettamente la loro tendenza a permanere. Essi infatti hanno preso corpo come artifici per superare una condizione di inferiorità e d'insofferenza, che tende a riproporsi in modo acuto e clamoroso quando si cerca di affrontarla con aperta responsabilizzazione, senza più l'aiuto distorto della nevrosi.

Nelle ossessioni e nelle fobie, l'avviamento guidato alla guarigione non può limitarsi al chiarimento analitico e alla concessione di una solidarietà emotiva, ma richiede uno specifico apporto terapeutico decondizionante. Si è rivelato assai utile, per indurre un graduale abbandono dei rituali ormai condizionati, l'impiego di speciali tecniche pragmatiche e meccanicistiche. Ricorderò, ad esempio, l'addestramento progressivo a indirizzare la sensorialità verso altri obiettivi e a riconquistare il dominio della reattività neurovegetativa, con l'eventuale ausilio di metodi speciali quali il « training autogeno » o addirittura l'ipnosi. L'esperienza ormai ben costruita in questo settore ha però largamente dimostrato che le metodologie sopra esposte, se applicate freddamente come puro esercizio, danno risultati aleatori e comunque di breve durata. Accade con frequenza che un paziente affetto da nevrosi fobico-ossessiva, se ben addestrato e decondizionato, riesca a liberarsi della sua sintomatologia contingente. Si tratta purtroppo, nella maggioranza dei casi, di un risultato transitorio, poichè dopo qualche tempo il quadro morboso tende

a ripresentarsi come tale o, più spesso ancora, a rinnovarsi mediante l'elaborazione di artifici diversi dai precedenti, ma diretti a perseguire il medesimo scopo fittizio.

E' ancora la coerenza ai temi interpretativi della psicologia adleriana ad offrire soluzioni terapeutiche meglio strutturate e con la garanzia di una maggior tenuta sul tempo. Un trattamento ben motivato deve proporre una sostituzione positiva del fine ultimo nevrotico e dello stile di vita impostato per raggiungerlo. Anche le tecniche meccanicistiche di decondizionamento, per non essere futili, devono consapevolmente indirizzarsi verso una valida finalità di ricambio. Il concetto può essere meglio chiarito con un esempio. Prendiamo in considerazione il caso di un patofobo che, assurdamente timoroso delle infezioni, si sente costretto a lavarsi più e più volte le mani, sino a prodursi lesioni cutanee. Tutti i suoi tentativi di evitare i rituali decontaminanti sono neutralizzati da uno stato d'angoscia e da una ricca sintomatologia neurovegetativa. Il suo decondizionamento meccanicistico può utilizzare tecniche di respirazione o di rilasciamento muscolare o ancora una particolare posizione obbligata delle mani e del corpo, senza altre finalità oltre a quella di vincere la sintomatologia. Una revisione attiva del suo stile di vita può invece impiegare un nuovo interesse che si concreti in azioni anch'esse un poco automatizzate, ma rispondenti ad un fine positivo. Così un hobby tecnologico e creativo che implichi l'uso attento e preciso delle capacità manuali abbinerà la sottrazione dei gesti dal rituale ossessivo con il perseguitamento di uno scopo gratificante.

Mi sembra importante precisare, concludendo, che i dettagli operativi per il decondizionamento devono inserirsi, se possibile, in una ristrutturazione assai ampia dello stile di vita e del fine ultimo. Un'azione puramente settoriale, infatti, darebbe luogo, anche se finalisticamente impostata, a risultati transitori, destinati ad essere travolti dai temi nevrotici prevalenti. Sarà opportuno che la scelta dei nuovi contenuti di pensiero e d'azione eviti la superficialità e il semplicismo, poiché allora i suggerimenti del terapeuta s'imporrebbro come costrizioni gratuite, prive di un substrato gratificante e capaci di determinare l'insorgenza nel soggetto di reazioni « contro-costrittive ». Le soluzioni, per essere valide, dovranno essere decise congiuntamente dal terapeuta

e dal paziente e scaturire da una preliminare, accurata analisi di tutto il vissuto individuale, delle fantasie e dei sogni, onde far leva su sicure affinità e provate potenzialità intellettuali ed emotive.

Analisi di due casi

CASO N. 1

A. C. è una ragazza di 17 anni, primogenita, con una sorella di 9 anni. La sua anamnesi fisiopatologica personale e familiare non offre elementi di rilievo sino all'insorgenza del quadro che ha determinato il ricorso allo psicoterapeuta. Il soggetto, che circa un anno prima aveva iniziato una dieta dimagrante motivata da una modesta obesità, ha mantenuto le restrizioni alimentari anche dopo aver ottenuto un notevole calo ponderale. La giovane, in grave stato di denutrizione, consuma solo cibi da lei stessa cucinati e accuratamente pesati, con riferimento a una tabella seguita con assoluta rigidità. Essa inoltre segue un rituale di estremo rigore nella disposizione dei piatti e delle posate prima di ogni pasto e pur dichiarandosi spontaneamente consapevole dell'assurdità delle sue ossessioni.

Il padre della ragazza è un dirigente d'azienda, colto, intelligente, dal carattere iperaffettivo, ansioso e piuttosto debole. La madre è una donna evoluta, energica, che tende e in effetti riesce a dominare il marito e le figlie mediante una forza di convinzione che esclude ogni durezza e impiega un ossequio alla razionalità costantemente esibito. La sorella è una bambina molto dolce, del tutto priva di aggressività, emotivamente subordinata alla primogenita che tende ad imitare. I genitori sono assai preoccupati per le condizioni della figlia e cercano, ognuno con il proprio stile e senza ottenere alcun risultato, di farla desistere dal suo comportamento morboso.

La paziente mostra subito un'ottima disponibilità al trattamento psicologico, da lei stessa sollecitato. Nella prima seduta descrive con obiettività e intelligenza i propri sintomi e soprattutto l'angoscia che la coglie quando tenta di non osservare la dieta e i rituali. Confessa di provare un paradossale, morboso

desiderio per i cibi che non riesce a consumare e di passare ogni giorno una o due ore nei supermercati, immobilizzata davanti agli scaffali da una specie di voyeurismo gastronomico. Conclude affermando di aver perso ogni interesse per la scuola, che prima la stimolava molto, per i divertimenti e per gli amici.

Invitata ad evocare i suoi primi ricordi, racconta i due seguenti episodi. Quando era molto piccola aveva perso un giocattolo appena comprato ed era caduta in uno stato di disperazione. Allora la madre l'aveva invitata a non pensare più all'oggetto perduto e ad affezionarsi a qualcosa d'altro, aggiungendo che per essere felice nella vita avrebbe dovuto sempre seguire i suoi consigli. Questa frase della madre si era ripetuta tante volte da divenire un fattore costante della sua educazione. Il secondo ricordo riferito è quello di una bambina malinconica e insicura che si era legata a lei con profonda amicizia. Tutte le sue amiche ed i suoi amici avevano avuto sempre un carattere piuttosto debole, perchè i coetanei più sicuri e disinvolti la intimorivano o la irritavano.

Nelle sedute successive, la paziente continua a perfezionare la narrazione della sua vita, assai ricca di elementi che i limiti di questa comunicazione non consentono di esporre. Da essi emerge la conferma di una costellazione familiare riassumibile in un padre molto affettuoso ma poco incisivo, in una madre direttiva sino ad essere soffocante e in una sorella minore tanto dipendente e priva di polemica da non suscitare alcuna gelosia. L'ambiente umano esterno appare per contro al soggetto come divisibile in due categorie schematizzate: le persone dure e disinvolte, da evitare e quelle dolci e remissive, da selezionare per un buon rapporto. Nello stile di vita della ragazza s'inseriscono inoltre due linee direttive di affermazione: quella culturale che prende corpo in un costante successo scolastico, specie nelle materie umanistiche, e quella estetica che sfocia in un vero e proprio culto per il vestiario, per la pettinatura e per i piccoli ornamenti (collane, braccialetti, ecc.).

Quando la paziente compie i quindici anni, la famiglia si trasferisce in un'altra città a causa del lavoro paterno. Qui la ragazza s'inserisce bene nella nuova scuola e contrae parecchie amicizie, selezionate sempre secondo i criteri già esposti. Durante una festicciola di carnevale, i mascheramenti d'obbligo inducono

in lei un confronto estetico negativo con le amiche, motivato dalla sua tendenza all'obesità. Inizia così la dieta dimagrante, di cui ho già parlato, che continua malgrado le raccomandazioni della madre, che vorrebbe ridurne la portata. Dopo qualche mese il soggetto raggiunge il suo peso forma e una conseguente, compiuta valorizzazione personale. Decide allora di modificare la dieta e si concede saltuarie evasioni gastronomiche.

In questo periodo, per lei gratificante, la ragazza conosce un gruppo di giovani, maggiori di qualche anno, appartenenti a una comunità politico-religiosa. Ha l'impressione, per altro non giustificata da fatti precisi, che uno di essi le dimostri una particolare attenzione affettiva. Ciò fa sorgere in lei un sentimento amoroso sempre più vivo, presto frustrato però dalla constatazione che il giovane intendeva soltanto conquistare una nuova seguace al suo gruppo e fare del proselitismo religioso. La ragazza resta profondamente delusa e giudica i membri di quella comunità « tanto buoni da essere inumani ». E' proprio in questa fase che la dieta riprende in tutto il suo rigore e in aperta opposizione alle censure materne. Si aggiungono inoltre i rituali ossessivi prima assenti. Mi sembra interessante segnalare anche la comparsa di un'amenorrea, ancora in atto all'inizio del trattamento.

I dati così acquisiti consentono una lucida interpretazione di linea adleriana dell'anoressia mentale e della nevrosi ossessiva. Il rifiuto del cibo, rafforzato dagli automatismi comportamentali, si propone come cancellazione di quei valori estetici femminili che erano stati tanto negativamente collaudati dalle circostanze. La prima scelta di una figura virile più incisiva di quella paterna è neutralizzata dall'insuccesso e induce un artificio astensionistico e autodistruttivo. D'altra parte il rituale (si tenga presente che il soggetto rifiuta i cibi cucinati dalla madre e la tavola da lei apparecchiata) vale anche come contrapposizione aggressiva alla figura materna.

L'analisi qui riassunta è proposta alla paziente che, dopo qualche resistenza, la condivide. Ciò non determina comunque neppure un'attenuazione della sintomatologia, che prosegue invariata. L'angoscia della ragazza si attenua solo per qualche ora dopo ogni seduta, poichè la figura dell'analista assume per lei un valore paterno rassicurante.

La ricerca di un indirizzo per il decondizionamento si effettua con una piena collaborazione fra terapeuta e paziente. Vari obiettivi culturali, artistici, edonistici sono affrontati con evidente forzatura e generano insuccessi intrisi di sofferenza. Dopo qualche tempo lo psicologo decide di sfruttare le propensioni estetiche della ragazza e di trasferire in esse l'ossequio all'automaticismo e alla ritualità. Poichè i tentativi effettuati di cominciare un pasto senza seguire gli obblighi nevrotici determinano ansia somatizzata e vomito, egli consiglia il soggetto di dedicarsi, proprio quando l'angoscia insorge, all'arte giapponese della disposizione dei fiori (ikebana). Ciò comporta dei pasti prolungati per le continue interruzioni e ugualmente sofferti, ma, sul tempo, realizza l'effetto decondizionante.

Per la neutralizzazione dell'anoressia mentale, il terapeuta decide di far leva su alcuni ricordi infantili e su alcune immagini oniriche in cui appariva, ricorrente, il tema « alberghi » e « ristoranti ». E' la stessa ragazza a proporre, con intelligente collaborazione inventiva, una vacanza con l'amica infantile già menzionata nei primi ricordi e sempre legata a lei. La località prescelta è un piccolo albergo di montagna gestito da parenti del soggetto. La necessità di guidare l'amica, come sempre dipendente, impegna la paziente e facilita il suo decondizionamento. Il ritorno in città determina subito una recidiva, poi superata. Al momento attuale il trattamento è ancora in atto e sulla via di un progressivo miglioramento. E' in corso una più ampia ristrutturazione di tutto lo stile di vita e il collaudo di nuove amicizie paritarie non basate né sul dominio né sulla dipendenza, ma su una reciproca solidarietà.

CASO N. 2

R. P. è un giovane di 18 anni, figlio unico, la cui anamnesi fisio-patologica è caratterizzata da una gracilità costituzionale e da frequenti affezioni banali soprattutto a carico dell'apparato digerente. Il quadro che ha richiesto la psicoterapia è insorto solo da due mesi. I genitori, in un colloquio preliminare da loro richiesto, riferiscono che il ragazzo, inspiegabilmente, rifiuta di pronunciare alcune parole e impedisce anche a loro di formularle,

spegne improvvisamente il televisore senza alcuna motivazione e manifesta altre bizzarrie comportamentali, che tendono a rinnovarsi e ad estendersi.

Il padre del soggetto è un impiegato comunale prossimo al pensionamento, piccolo di statura e magro, dall'atteggiamento mite, la cui conversazione però è sempre improntata alla coerenza pratica e all'equilibrio. La madre, anch'essa magra, è una donna di casa, dotata di spirito d'iniziativa e di senso pratico, molto protettiva nei confronti del figlio. I genitori affermano di avere tentato invano di aprire un colloquio chiarificatore con il figliolo e di essere giunti a temere per la sua sanità mentale.

Il primo approccio del terapeuta con il giovane è piuttosto difficile, poichè il soggetto è palesemente in stato di grave angoscia ed agitazione. Egli piange e chiede ripetutamente aiuto, ma prova chiaramente vergogna e non riesce a comunicare i temi che lo preoccupano. Nella seconda seduta i contenuti cominciano ad affiorare, nel corso di una conversazione ancora spesso interrotta da crisi di disperazione.

Ecco in sintesi le circostanze che hanno dato inizio alla sindrome fobico-ossessiva. Il ragazzo si trovava in montagna durante le vacanze estive quando, vedendo passare una donna matura e prosperosa, aveva sentito un'eccitazione sessuale che lo aveva turbato profondamente. Un prete, con cui si era confidato, aveva affermato che il suo era un peccato di pensiero abbastanza grave, il che aveva incrementato il suo senso di colpa. Nei giorni successivi, comunque, ricorrendo a preghiere e controllando i propri pensieri, aveva raggiunto una relativa tranquillità. Una sera però, mentre osservava una spettacolo musicale alla televisione, era rimasto improvvisamente colpito dalla figura di un cantante e aveva sentito sorgere dentro a sé le parole « mi piaci ». Il fenomeno lo aveva terrorizzato, proponendogli un dubbio di omosessualità. Il quadro si era ulteriormente aggravato a scuola nell'osservare i compagni di classe, specie mentre erano in piedi per un'interrogazione. Un altro prete cui il giovane si era rivolto aveva minimizzato la situazione sul piano religioso, dichiarandogli che si trattava di disturbi « nervosi » e consigliandogli di ricorrere a uno psichiatra. In seguito, malgrado le cure prescrittegli da un medico, il ragazzo aveva presentato una progressiva accentuazione dei suoi sintomi. Si sentiva costretto a censurarsi la pro-

nuncia e l'ascolto di un numero crescente di parole, a non osservare determinate immagini maschili alla televisione e ad evitare alcuni luoghi ritenuti pericolosi. La vergogna gli aveva impedito di discutere il problema con i genitori.

Raccolte queste notizie preliminari, il terapeuta invita il paziente ad evocare i suoi primi ricordi, ma non ottiene alcuna collaborazione. Il giovane asserisce di non ricordare nulla della sua prima infanzia e preferisce mantenere il colloquio sui temi attuali, esibendo teatrali lamentele e crisi di pianto. Sul tempo, con estrema fatica, lo psicologo acquisisce qualche dato sintetico sul vissuto del soggetto. Un'infanzia iperprotetta, una convinzione perdurante di insufficienza fisica, rapporti esigui con i coetanei e confronti frustranti con le loro condizioni di efficienza atletica e di disinvolta comportamentale. Negli ultimi anni si manifesta inoltre un interesse per le letture filosofiche e religiose, non sollecitate in alcun modo dalla famiglia, ma nate come interesse spontaneo. L'educazione sessuale, come fatto puramente conoscitivo, è abbastanza ben perfezionata, anche perché i genitori rispondono in modo esauriente alle domande in merito. La masturbazione è precoce e perdurante. Essa suscita, più che senso di colpa, marcate preoccupazioni patofobiche, perché considerata troppo impegnativa per il suo stato di salute.

Dall'analisi, qui solo esemplificata, emergono alcune ipotesi interpretative attendibili. Gli interessi filosofico-religiosi si pongono come compensazione intellettuale dell'inferiorità d'organo e dell'insufficiente disinvolta nei rapporti sociali. Da essi prende corpo una pseudo-sicurezza agganciata a una morale soggettivamente costruita. Il dubbio di omosessualità sembra finalisticamente diretto a rovesciare gli stimoli eterosessuali, abnormemente recepiti come colpa. Insorge però un senso di colpa e d'inferiorità secondario, poiché l'omofilia è valutata come infamante e socialmente devirilizzante. Prendono corpo allora le fobie e le inibizioni ossessive, con il ruolo di estrema compensazione autodifensiva.

Anche in questo caso le difficoltà operative non riguardano l'interpretazione, che è presto condivisa, ma il decondizionamento. Come preparazione, il curante effettua una culturalizzazione sessuologica, abituando il paziente a trattare senza morbosizza-

zioni temi delicati in veste scientifica, fra cui l'omosessualità. Presenta poi l'omofilia con equilibrio non tanto come fenomeno ripugnante, quanto come obiettivo non rispondente alle vere aspirazioni del soggetto.

Il terapeuta inizia quindi a neutralizzare le inibizioni, partendo da quelle varbali e facendo leva su un interesse già costruito del soggetto, che scrive per suo diletto testi di canzoni. Di comune accordo, paziente e terapeuta decidono d'inserire in questi testi alcune delle parole censurate. I versi così concepiti non sono recitati ma cantati, il che facilita, con l'ossequio d'obbligo al ritmo e alla melodia, la disinibizione. L'incremento di tale attività vale anche come strumento per l'apertura di nuovi rapporti sociali, affrontati ora con un nuovo sostegno valorizzante. Il trattamento è in fase di perfezionamento conclusivo.