SOCIETA' ITALIANA
DI PSICOLOGIA INDIVIDUALE

MEMBER - GROUP OF THE
INTERNATIONAL ASSOCIATION OF INDIVIDUAL PSYCHOLOGY

ATTI
DEL 2° CONGRESSO NAZIONALE

CAMOGLI 9 - 10 - 11 OTTOBRE 1981

VOL. II°

RIVISTA DI PSICOLOGIA INDIVIDUALE

Anno 10 - 11 - NN. 17 - 18 - Novembre 1982 - Marzo 1983

RIVISTA

DI

PSICOLOGIA

INDIVIDUALE

Anno 10 - 11

NN. 17 - 18

Novembre 1982

Marzo 1983

Tipografia Saronne
Via Washington, 13
20146 Milano

Autorizzazione del
Tribunale di Milano
N. 378 dell'11-10-1972

DIREZIONE

Piazza Irnerio, 2
20146 Milano

REDAZIONE E AMMINISTRAZIONE

Via Giasone del Maino, 19/A
20146 Milano
presso la Segreteria della Società Italiana di Psicologia Individuale

DIRETTORE RESPONSABILE

Prof. Francesco Parenti

REDATTORE CAPO

Dott. Pier Luigi Pagani

INDICE

Nota preliminare del Direttore

pag. 5

GASTONE CANZIANI

« Che cosa significa oggi dirsi adleriani »

pag. 9

GIAN GIACOMO ROVERA

« Transmotivazione: proposta per una strategia dell'incoraggiamento »

pag. 28

FRANCESCO CASTELLO

« Omosessualità come controfinzione fittizia »

pag. 51

A. MASCETTI
F. MAIULLARI

« L'analisi dello stile di vita, momento cruciale e unificante di ogni intervento psicoterapeutico adleriano »

pag. 56

L. FERDANO PIERUCCI

« Due esperienze di protesta virile nevrotica in pazienti portatori di nevrosi ossessiva »

pag. 58

FEDERICA MORMANDO

« Il test della gioia »

pag. 65

LINO G. GRANDI
JEAN M. TEFNIN

« Ipotesi di interpretazione del T.A.T. »

pag. 70

ANDREA FERRERO
MARGHERITA MORONE

« Sentimento sociale e reinserimento sociale nella prevenzione di recidive psicotiche in pazienti ospedalizzati »

pag. 75

CLAUDIO CANTONI
MANUELA GIULIERI

« Metodologie psicopedagogiche adleriane per la formazione di operatori scolastici non psicologhi »

pag. 82

ROSSANA ACCOMAZZO
MARIO FULCHERI

« La Psicologia Individuale di fronte ad alcune problematiche istituzionali »

pag. 89

LINO G. GRANDI
FRANCESCA DI SUMMA

« Il minore è imputabile? »

pag. 99

MAURO COSMAI

« L'intervento psicoterapeutico nella psicologia dello sport »

pag. 113

FEDE SARTORIS CHICCO

« Valore sociale dell'intervento psicomotorio e sua congenialità con il pensiero adleriano »

pag. 121

FEDE SARTORIS CHICCO
BRUNO VIDOTTO

« Integrazione di due forme di terapia orientate in chiave adleriana nel trattamento di un bambino psicotico »

pag. 126

G.G. Rovera
G. Scarso
S. Fassino
D. Munno

« *Contributo a tre problemi dell'esistenza: vita, lavoro, interesse sociale* »

pag. 136

Giorgio Ceccarelli
Laura Cuttica

« *Una ricerca su un gruppo di ragazzi di un quartiere periferico di Genova, soggetti a provvedimenti da parte del Tribunale Minorile* »

pag. 143

Marcello Negro

« *Trattamento psicologico di un preadolescente secondo la linea adleriana*»

pag. 149

Danilo Giordano
Lucia Spada Curto

« *Sovracompensazione di un handicap. Insorgenza di sentimenti di inferiorità e inadeguatezza dopo la guarigione* »

pag. 155

Francesca Di Summa
Franca Poma

« *Orientamento scolastico e professionale come sostegno e rispetto dello stile di vita dello studente* »

pag. 158

Paola Di Natale
Bruno Vidotto

« *Aspetti psicologici in presenza di disgrafie e disortografie* »

pag. 162

Maurizio Verna

« *Il bambino viziato e lo stile di vita da spunti tratti in una scuola materna di Torino* »

pag. 166

Marisa Bianchin

« *La frammentazione degli interventi come remora nella prevenzione e nel recupero degli handicaps* »

pag. 171

Gian Giacomo Giacomini

« *Analisi ed empatia nella psicoterapia di A. Adler* »

pag. 176

Gian Giacomo Giacomini

« *La figura dello psicoterapeuta analitico e il problema della istituzionalizzazione della sua formazione culturale e professionale* »

pag. 187

Luigi Fasce

« *Intervento psicologico breve rivolto alla diade madre-bambino* »

pag. 201

Lucia Spada Curto

« *Considerazioni su alcuni aspetti della personalità: invidia - inferiorità - sensi di colpa* »

pag. 209

NOTA PRELIMINARE DEL DIRETTORE

Questo volume della Rivista pubblica la seconda parte degli Atti del 2° Congresso Nazionale della S.I.P.I. e i testi in esso inseriti, per quanto riguarda lo stile e il contenuto, non sono stati sottoposti al vaglio abituale da parte della direzione.

Ritengo, d'altra parte, che gli atti di un Congresso abbiano soprattutto un valore di documentazione, specie quando all'iniziativa partecipano esponenti di varie scuole e membri non ancora interamente formati del movimento scientifico che la indice. Sono altrettanto convinto che il confronto fra tesi diverse costituisca un elemento vitale di ogni Congresso.

Si troveranno qui lavori di analisti perfettamente in linea con la psicologia individuale, sia pure su posizioni innovatrici; comparazioni con altri orientamenti; letture soggettive del pensiero adleriano, che corrispondono solo in parte o non corrispondono al suo spirito e alla sua lettera.

Nel ribadire l'interesse di un numero così strutturato, ritengo però mio dovere puntualizzare alcuni concetti di base della psicologia adleriana nella loro corretta formulazione, poiché la Rivista di Psicologia Individuale ha anche la funzione di diffondere senza equivoci l'indirizzo individualpsicologico. Richiamo dunque all'attenzione dei lettori quanto segue:

1) La dottrina adleriana è legittimamente inquadrabile nell'ambito della psicologia del profondo, poiché dà ampio rilievo all'analisi dei dinamismi inconsci e ciò anche se, immune da riduttivismi, li colloca in una psiche unitaria e non li privilegia rispetto ai processi coscienti che con essi interagiscono.

2) Il riferimento a pseudostrutture topiche della psiche (come l'Io, l'Es e il Super Io) contrasta con la dottrina individualpsicologica, che respinge l'idea di una psiche intesa senza attendibilità come una struttura anatomica.

3) L'analisi è la sola espressione completa della psicologia individuale, in quanto contempla tutti gli aspetti dinamici della psiche. Esistono però, al contrario che per la psicoanalisi, applicazioni «parziali» della psicologia individuale, che utilizzano solo alcuni settori della sua dottrina, sono senz'altro socialmente utili, ma per assunto limitate e incomplete. Queste, però, non possono costituire un termine di paragone con le altre scuole della psicologia del profondo.

4) La psicologia individuale trova oggi spontanee e impeccabili confluenze con parecchi spunti di altre scuole a indirizzo psico-sociologico, di cui fra l'altro Adler fu un antesignano. Ritengo però assurdo elaborare finzioni di affinità fra la psicologia adleriana e le correnti che perpetuano lo studio di un immaginario robot istintuale, credendo di analizzare l'uomo.

f. p.

RELAZIONI

GASTONE CANZIANI

CHE COSA SIGNIFICA OGGI DIRSI ADLERIANI

(Alcune considerazioni sull'adlerismo moderno)

PREMESSA

Il titolo di questa relazione — che può apparire ambizioso — sintetizza in una sola domanda alcuni quesiti che mi sono stati spesso rivolti da allievi, colleghi ed amici. Formulati nel più semplice dei modi possibile, i quesiti rivoltimi possono riassumersi così: «*Che senso ha oggi, nell'ambito della psicologia scientifica e della psicoterapia, dirsi seguaci di una Scuola? Che senso ha oggi dirsi freudiani, adleriani, junghiani, rogersiani e così via? Aderire ad un sistema non significa forse rinchiudersi in una chiesuola, in una specie di sagrestia, frequentata da esseri dogmatici che credono di possedere la verità assoluta, mentre la verità, se esiste, è dispersa in un'infinità di briciole fra quella miriade di sistemi che invadono oggi la psicologia clinica?*».

Non si può disconoscere che questi interrogativi, oltre ad essere particolarmente importanti per i complessi problemi che sollevano, sono anche attuali, perché oggi più che mai il pluralismo dei sistemi psicoterapeutici sta dilagando. I quesiti proposti meritano quindi una risposta che, entro i limiti di spazio e di tempo concessi ad una relazione congressuale, si può tentare di dare in questa sede, rispondendo dapprima ai problemi riguardanti il pluralismo e successivamente a quelli riguardanti i singoli sistemi, prendendo però in considerazione particolare come modello l'adlerismo.

1. LE RAGIONI DEL PLURALISMO E LA PROLIFERAZIONE DELLE SCUOLE

1.1. *Il pluralismo e il livello di scientificità dei sistemi.* Senza prendere per il momento in considerazione l'atteggiamento dell'epistemologia così detta anarchica di Feyerabend (1) che postula come una necessità per la scienza il pluralismo, si può ad una prima approssimazione giustificare la molteplicità delle scuole di psicologia clinica e dei sistemi psicoterapeutici che da esse derivano con due ragioni. La prima è la seguente: nessun sistema psicoterapico esistente si è dimostrato finora idoneo a soddisfare tutte le esigenze di chi sente bisogno di psicoterapia. Ogni sistema

rivela con i suoi successi e con i suoi insuccessi i limiti della sua applicabilità e del suo valore: la nascita dei nuovi indirizzi è pertanto giustificata dalla necessità di allargare il campo di applicabilità della psicoterapia e di coprire le insufficienze dei metodi esistenti. La seconda ragione che può essere addotta per giustificare il pluralismo dei sistemi risiede nella necessità che vi è di introdurre metodi psicoterapici che possano raggiungere i loro scopi entro tempi possibilmente brevi: che non abbiano, quindi, l'esasperante durata e il costo che talora presentano le cure psicoanalitiche e che siano possibilmente applicabili collettivamente in modo da poter rendere la psicoterapia accessibile a qualsiasi ceto sociale.

È certo però che, se queste due ragioni giustificano sul piano pratico la pluralità dei sistemi, la proliferazione degli indirizzi oggi esistente non solo non soddisfa le esigenze prospettate, ma è fonte di una serie di contraddizioni che creano alla loro volta disagi in sede pratica ed equivoci in sede teorica. Le Scuole di psicologia clinica e di psicoterapia si presentano, infatti, oggi come un coacervo acritico e confuso di dottrine: accanto alle Scuole di psicoterapia che possono dirsi classiche e che possiedono al loro attivo un ricco patrimonio di ricerche, studi ed esperienze, c'è stata in tempi relativamente recenti un'esplosione di indirizzi nuovi e spesso incontrollati. Chi ha messo piede al V Congresso Internazionale di Psicologia Umanistica, tenutosi recentemente a Roma (2), è rimasto certamente frastornato dalla quantità di indirizzi diagnostico-terapeutici che vi sono stati proposti. Se, negli anni cinquanta, R.A. Harper poteva recensire come allora esistenti trentasei sistemi psicoterapici, oggi, a un nuovo censimento storico-critico, il numero dei metodi psicoterapeutici, che aspirano ad assurgere al livello di un sistema, risulterebbe enormemente più alto. Il pluralismo degli orientamenti psico-clinici è, infatti, oggi tale da dare alla psicoterapia moderna un aspetto ancora meno integrato di quello che presentava la psicologia scientifica attorno agli anni trenta quando — seguendo C. Murchinson — si era arrivati al punto di non parlare più di «psicologia» al singolare, ma di «psicologie» al plurale. La psicologia scientifica — come è noto — ha oggi superato, o tentato di superare, il suo pluralismo teoretico riducendo o frammentando i contenuti delle Scuole in una serie di microteorie. Tale riduzione, però, in tanto è riuscita in quanto non aveva riflessi immediati in campo applicativo: si trattava per la psicologia generale di risolvere problemi che riguardavano soltanto gli «addetti al lavoro» e l'immagine della psicologia scientifica. Per la psicologia clinica, invece, il problema del pluralismo presenta aspetti più inquietanti. Qui i contrasti e l'estrema varietà degli orientamenti non riguardano soltanto gli operatori e la credibilità della psicoterapia: i contrasti e le divergenze di opinioni fra gli psicoterapeuti si riflettono su quelli che oggi con un orribile nome, ispirato alla nomenclatura dei servizi pubblici, vengono denominati gli «utenti» della psicologia. I quali finiscono col diventare troppo spesso i ricettori di messaggi equivoci e tali da provocare legittime preoccupazioni. È possibile così che una madre si senta dare da uno psicoanalista e da un comportamentista consigli contraddittori e incompatibili fra loro intorno all'educazione di un figlio o alla cura di un

suo disturbo. Il che, sia detto tra parentesi, non imbarazza solo il cliente, ma anche il professionista il quale ha l'esigenza di sapere nel suo esercizio pratico quale delle due diverse interpretazioni dello stesso fenomeno sia la migliore (L.J. Simon, 3).

Queste contraddizioni che si rivelano nella pratica e le ambiguità teoretiche di fondo di cui sono espressione denunciano il non soddisfacente valore scientifico di molti settori della psicologia clinica e il disinteresse di troppi psicologi sperimentali che trascurano di sottoporre a controllo le proposizioni della clinica. La quale, nonostante la «potenza» che le deriva dal fatto di avere fra tutte le discipline psicologiche il maggior numero di cultori, non riesce ad acquisire il livello di «maturità» che si richiede a un sistema per dirsi «scientifico». Secondo le tesi dell'epistemologia moderna può dirsi, infatti, scientifico solo quel *sistema le cui proposizioni possono essere provate attraverso gli strumenti di accertamento che le varie discipline possiedono e che permettono di stabilire entro che livelli determinati di probabilità una data proposizione può essere definita «vera» o può venire falsificata.* Il che significa che, almeno in teoria, appare possibile portare un po' di ordine fra i vari sistemi istituendo fra gli stessi una gerarchia attraverso una scala che ne indichi la validità: scala che dovrebbe essere costituita da due livelli, uno «analitico» centrato sulla verifica delle singole proposizioni su cui le Scuole si fondono, e uno «globale», centrato sui risultati ottenuti dalle singole Scuole nel trattamento di specifiche forme morbose.

A questo proposito va rilevato come vi siano certi settori della psicologia clinica che rifiutano totalmente o parzialmente il controllo scientifico. È questo il caso di certe correnti della psicologia umanistica e della stessa psicoanalisi. Le prime respingono i controlli empirici sotto la speciosa quanto dogmatica giustificazione che i metodi naturalistici non sono applicabili allo studio della vita interiore, mentre molti cultori della psicoanalisi ortodossa ritengono che le varie proposizioni analitiche si convalidino l'una con l'altra e che la psicoanalisi non abbia bisogno di controllo sperimentale. Ma questo criterio, che può dirsi circolare, non ha metodologicamente alcun valore in quanto una serie di indizi non verificati che si correlano fra loro non possono portare alla verifica di un dato, ma al massimo, e soltanto, alla constatazione che *certi* concetti sono legati fra loro da un *certo* legame: e questo quando si tratti di una correlazione fra entità misurabili ottenute con calcoli statistici, non quando si parli, come di solito si parla in clinica, di semplici concordanze colte a livello intuitivo.

Per questi rifiuti, oltre che per le difficoltà intrinseche inerenti alle metodologie di controllo dei sistemi costruiti su basi idiografiche, risulta che la maggior parte dei sistemi anche classici di psicoterapia sono costituiti da proposizioni solo in minima parte scientifiche, cioè più o meno provate. Si può avere un esempio di questa eterogeneità delle proposizioni delle varie Scuole, sottoponendo anche a semplice confronto «intuitivo» proposizioni diverse dello stesso sistema.

Si prendano come esempio due proposizioni della psicoanalisi che possono essere le seguenti: quella che prevede l'esistenza di due istinti, l'istinto

della vita e della morte, Eros e Thanatos, e quella che, espressa nel modo più generale possibile, afferma che «i fattori emotivi, a seconda del loro segno, possono ostacolare o favorire la rievocazione dei ricordi». La prima proposizione, nella forma in cui è stata enunciata, appare subito come non provata né provabile, qualunque sia lo stratagemma che si voglia adottare per controllarla. Essa non può perciò essere classificata che fra le proposizioni di natura filosofica, metafisica, e non scientifica, e come tali non aventi il diritto di soggiorno in una psicologia che voglia dirsi scientifica. La seconda proposizione, invece, quella che riguarda la facilitazione e l'inibizione della rievocazione dei ricordi, ha tutti i crismi richiesti da un costrutto per essere definito scientifico: essa può essere controllata anche in laboratorio con metodi sperimentali e fa parte del bagaglio di acquisizioni più o meno accettate dalla psicologia generale.

* * *

Per quanto riguarda l'atteggiamento della psicologia individuale rispetto al controllo scientifico delle proprie proposizioni, bisogna tenere distinti i due periodi storici entro i quali l'adlerismo si è sviluppato: quello delle origini, che si può far datare dalla prima decade del secolo sino alla «pausa» provocata dal nazismo e dall'ultima guerra, e quello della «ripresa», che comincia negli Stati Uniti con l'immigrazione di studiosi europei, fra cui molti adleriani, e raggiunge il momento del suo massimo sviluppo con la fondazione, nel 1952, dell'«American Society of Adlerian Psychology». Negli anni che precedettero la prima guerra mondiale, l'uso del controllo con metodi statistico-sperimentali di proposizioni scientifiche non era così diffuso come è ora, per cui l'assenza d'ogni controllo scientifico nell'adlerismo delle origini può essere giustificata: è da notare, però, che ancora nel '73, H. Mosak in quella concettuosa esposizione che fa del pensiero adleriano nel volume di psicoterapia curato da R. Corsini (4) rimproverava agli adleriani europei di essere «esageratamente diffidenti» nei riguardi delle ricerche basate sul metodo statistico e faceva rilevare come fossero stati per lo più i non adleriani a occuparsi dei controlli statistici delle proposizioni della psicologia individuale. È inutile dire come questo atteggiamento non sussiste e non sia mai sussistito fra gli psicologi statunitensi come dimostrano le ricerche sperimentali che sono state condotte sulle tematiche della «costellazione familiare», dei «primi ricordi» e persino sullo «stile di vita» globalmente considerato.

* * *

Il secondo controllo, che abbiamo definito globale, riguarda, come si è detto, la statistica dei risultati ottenuti nei soggetti sottoposti a terapia (percentuale dei casi guariti, migliorati o rimasti invariati rispetto ai curati). Su questi dati le ricerche sono più numerose e gli stessi psicoanalisti hanno pubblicato più volte statistiche del genere: ma tali ricerche per il modo in cui vengono abitualmente eseguite non rivestono alcuna

importanza scientifica in quanto mancano dei necessari controlli. Se si tiene presente che in terapia medica, per accertare l'effetto curativo d'un farmaco, si usano dei metodi sofisticati, così detti a doppio cieco, ci si può facilmente persuadere che le statistiche finora pubblicate dagli psicoterapeuti non raggiungono ancora livelli sufficienti di scientificità. Perché ricerche del genere abbiano un valore particolare dovrebbero quindi essere eseguite secondo uno schema simile, per esempio, a quello che si descrive qui appresso:

a) i soggetti esaminati a fondo da una équipe di psicologi e psichiatri vengono inviati agli psicoterapeuti che hanno scelto;

b) alla fine della cura — o almeno non prima di un tempo minimo previsto — gli stessi pazienti vengono controllati dalla stessa équipe che valuta il livello di miglioramento ottenuto da ogni singolo individuo rispetto a quello di altri pazienti curati con metodi differenti.

La difficoltà di istituire confronti del genere spiega perché oggi non si possa dire quale sia, in assoluto, il sistema psicoterapico che dà migliori risultati.

* * *

Interessanti, tuttavia, appaiono a questo proposito alcune ricerche cui chi scrive può, purtroppo, accennare solo di seconda mano prendendole di peso da H. Mosak (4). Si tratta di ricerche importanti perché comparative e perché gli effetti della psicoterapia non sono stati controllati col criterio abituale del livello globale di miglioramento ottenuto da un paziente (guarito, migliorato o invariato), ma in rapporto agli specifici vantaggi che i «curati» avevano ottenuto dal trattamento cui erano stati sottoposti. Così, da confronti comparativi eseguiti su pazienti sottoposti a terapia freudiana, rogersiana e adleriana, F. Fiedler ottenne risultati più simili per quanto riguardava la relazione terapeutica fra coloro che erano stati curati da psicoterapeuti esperti delle tre diverse Scuole che non fra i curati da terapeuti poco esperti della stessa Scuola: il che dimostrerebbe che il «valore» personale dello psicoterapeuta ha maggiore peso di quello della Scuola cui appartiene.

In un'altra ricerca dello stesso tipo, R. Heine controllando i risultati ottenuti fra i tre gruppi costituiti da otto pazienti per ognuna delle tre Scuole ottenne a un questionario di 120 affermazioni risposte molto similari: solo nel tentativo di individuare il «fattore» cui erano legati i vantaggi ottenuti poté mettere in evidenza che i soggetti sottoposti alla terapia psicoanalitica tendevano ad attribuire il loro miglioramento alla catarsi provocata dalle associazioni libere e al transfert, mentre quelli sottoposti a terapia rogersiana od adleriana mettevano in particolare risalto la personalità del terapeuta.

In una terza ricerca, infine, eseguita in collaborazione fra l'Istituto Adler di Chicago e il Centro rogersiano della stessa città, J. Shlien, H. Mosak e R. Dreikurs ottennero correlazioni significative dell'ideale del sé

in soggetti sottoposti a venti sedute di terapia rogersiana o adleriana e tali correlazioni si mantennero a distanza di un anno.

1.2. *Le obiezioni di Feyerabend al razionalismo scientifico e la necessità di dare vita a una psicologia che sia clinica e sperimentale.* Il razionalismo scientifico, che qui si è considerato come l'unico strumento idoneo a demarcare le proposizioni scientifiche dalle non scientifiche, sembra attualmente venire posto in crisi specialmente dall'atteggiamento assunto in tempi recenti da Feyerabend con la cosiddetta «epistemologia anarchica» cui si è già accennato. Feyerabend tende a dimostrare che la scienza non progredisce seguendo un solo metodo, ma valorizza idee e metodi e intenzioni che non rientrano nell'ambito del metodo scientifico per cui il pluralismo e la coesistenza di dottrine non scientifiche accanto alle scientifiche facilita il progresso. Il che nessuno gli contesta, se non per affermare che in tutto ciò il metodo scientifico non c'entra. Fra le «leggi» che regolano il progresso e quelle che regolano l'accertamento della «verità» di una proposizione vi è una differenza di fondo: una scoperta può essere fatta nei più diversi modi, per caso, per una intuizione, per interpretazioni originate da vecchi dati e in molti altri modi che non è qui il caso di rievocare, ma la validità della ricerca può essere dimostrata solo dalla «prova». I seguaci del metodo scientifico non hanno mai affermato che la scienza progredisce solo per merito del metodo razionalista, ma che a quest'ultimo spettano due funzioni: quella di essere *l'unico* modo di verificare se una «scoperta» è vera o falsa e quella di contribuire *anche*, e non da solo, al progresso scientifico. Il valore di questo metodo va quindi non soltanto ribadito, ma va anzi affermato che mai come ora esso è stato in grado di soddisfare le esigenze della verifica in psicologia clinica.

Karl Popper, il celebre epistemologo che fu vicino ad Adler in quel luminoso periodo intorno agli anni venti in cui, dopo la caduta degli Asburgo, Vienna divenne il centro di un rinnovato sapere nell'ambito della psicopedagogia e della psicoterapia — riferendosi all'opera di Freud e di Adler — affermava che i due sistemi, il freudiano e l'adleriano, erano da considerarsi entrambi pseudoscientifici, ma possedevano contenuti che potevano essere utili all'umanità, tanto che si poteva sperare che in tempi futuri si sarebbe potuto dimostrare ciò che in essi vi era di vero. Si può ritenere che i tempi per questa dimostrazione siano ora maturi: lo sviluppo della statistica parametrica e non parametrica e l'introduzione di molteplici strumenti di laboratorio altamente sofisticati permettono, infatti, oggi, di sottoporre ad analisi sperimentale, o comunque scientifica, proposizioni che una volta non si potevano dimostrare né come vere, né come false. È necessario, perciò, mobilitare tutte le energie per dare alla psicologia clinica un nuovo corso che deve essere caratterizzato da un più stretto rapporto fra clinici e sperimentalisti e fra i seguaci delle varie scuole. Vi fu un tempo in cui si parlava di psicoanalisi sperimentale; oggi è venuto il momento di dare vita ad una psicologia che possa dirsi per il suo contenuto clinico-sperimentale.

2. IL PLURALISMO CLINICO-PSICOLOGICO E LA PSICOLOGIA INDIVIDUALE.

2.1. *Il collocamento della psicologia individuale nell'ambito dei grandi sistemi.* Si può accettare, con le riserve che si vedranno, il collocamento della psicologia adleriana fra quelle psicologie che A. Maslow denomina di «terza forza» perché si collocano fra la psicoanalisi e il comportamentismo: i due sistemi più diffusi di psicoterapia, giustamente considerati come i poli estremi dello schieramento psicoterapico in quanto seguono nell'ambito della teoria, metodologia e pratica, indirizzi radicalmente antagonisti. Il primo problema che si presenta, dunque, a chi voglia tracciare una linea di demarcazione fra la psicologia individuale e gli altri sistemi è quello di delimitare i confini fra essa e i due sistemi cui si è accennato: il che risulta facile per la psicoanalisi e notevolmente difficile per il comportamentismo, perché alcuni nuovi atteggiamenti presi da certi settori dell'adlerismo moderno e i cambiamenti avvenuti nell'ambito di quello che si può chiamare il behaviorismo della terza generazione obbligano a rivedere le rispettive posizioni.

2.2. *Psicologia individuale e psicoanalisi.* Per quanto riguarda la psicoanalisi ci si può limitare a ribadire che essere adleriani oggi, come ai tempi di Adler, significa:

a) Muoversi fuori della teoria della libido che va respinta nelle sue linee generali, nell'evoluzione specifica delle sue fasi e nella presunta influenza che queste ultime eserciterebbero sullo sviluppo della personalità normale e patologica. Essere adleriani significa, come dichiara Adler in uno dei suoi articoli scritto nell'anno stesso della sua morte: «rompere con la tradizione che assume l'esistenza di forze interne quali istinti, tendenze o l'inconscio o altri contenuti irrazionali» (5).

Il rifiuto della teoria freudiana della libido, che costituisce uno dei pochi punti di contatto fra Adler e Jung, è dunque uno dei nodi cruciali di fronte a cui si trova chiunque voglia compiere la scelta fra Adler e Freud. Adler, infatti, va considerato come il capofila di quelle Scuole dette non libidiche da cui deriva quel filone di indirizzi culturalistici che trovano in Fromm, nella Horney e Sullivan i loro massimi rappresentanti definiti abitualmente come «postfreudiani», ma che potrebbero essere denominati, come molti ritengono, a pari titolo, «post-adleriani».

b) Il secondo fattore che caratterizza «per differenza» Adler da Freud, e che è rimasto immutato nel tempo, è la concezione dell'inconscio la cui «esistenza» è ammessa da Adler ma seguendo una tradizione che sembra trovare le sue radici nelle teorie prefreudiane dell'inconscio e in particolare in Hoffman. La tripartizione della mente nelle tre istanze dell'Es, Superego ed Ego, i meccanismi connessi con queste strutture, ivi compresi i meccanismi della formazione del simbolo, vanno respinti dall'adlerismo. È ovvio che, spogliato da queste sovrastrutture, l'inconscio acquisti nella psicologia individuale un significato radicalmente differente da quello che

gli dà Freud. Esso diventa ciò che noi non conosciamo di noi stessi; ciò che agisce in noi, ma non come una forza che si oppone per sua intrinseca natura alla coscienza e che ha un contenuto essenzialmente sessuale e rimosso: l'inconscio nella concezione adleriana collabora con la coscienza e possiede una notevole potenzialità creativa.

L'accettazione da parte di Adler dell'inconscio, sia pure in una accezione tutta particolare, ha fatto sì che molti studiosi, adleriani e no, tendessero a considerare la psicologia individuale come una psicologia del profondo: cosa assai discutibile almeno finché si intenderà per psicologia del profondo una psicologia che pone l'origine del comportamento umano in conflitti che si svolgono nelle tenebre della coscienza e in sovrastrutture di tipo metafisico. Va piuttosto inserito, secondo chi scrive, fra i meriti di Adler quello di aver rivalutato la coscienza in un momento in cui l'Io era considerato un fantoccio mosso da una serie invisibile di fili che partivano dall'inconscio.

c) La dottrina dell'autonomia dell'Io, seguita dagli psicoanalisti moderni, avvicina la psicoanalisi alla psicologia individuale, ma è un avvicinamento da parte della psicoanalisi verso Adler e non di Adler verso la psicoanalisi. La dottrina dell'autonomia dell'Io non comporta, infatti, alcuna negazione della struttura tripartita dell'inconscio. Gli stessi meccanismi di difesa dell'Io, che possono essere accettati dal più ortodosso adleriano, vanno intesi in un senso assai libero, cioè totalmente svincolati dalle sovrastrutture freudiane. Essi possono, infatti, trovare assai facilmente un loro specifico collocamento fra le più moderne concezioni della così detta «psicologia proiettiva» che trova nelle tecniche testologiche, dette appunto proiettive, la sua più eclettica espressione.

Dati questi rapporti essenzialmente negativi che intercorrono fra la psicologia individuale e la psicoanalisi, sarebbe utile rivedere e ridefinire anche il significato di certi termini freudiani come «resistenza» e «transfert», per esempio, assai usati anche da non freudiani.

2.3. *Psicologia individuale e comportamentismo.* È noto come tradizionalmente sia stata sempre ritenuta incompatibile una relazione tra queste due orientamenti, sia in sede teoretica che clinico-operativa. Il che era senz'altro giustificato ai tempi in cui il behaviorismo balbettava e la psicologia individuale riduceva la sua attività, da un lato, a una psicoterapia di tipo duale e, dall'altro, ad una psicologia dell'educazione. Ma oggi non è più così. La psicologia adleriana ha allargato i suoi confini ed invaso quasi ogni settore della psicologia applicata: i programmi degli Istituti Adler degli Stati Uniti che preparano alla professione di psicologo individuale prevedono corsi che abilitano all'esercizio di un notevole numero di attività pratiche. Allo stesso progresso è andata incontro la psicologia del comportamento: ai tempi di Adler, Pavlov aveva già scoperto il riflesso condizionato, oggi definito come classico; Watson e la Rayner avevano già sino dal 1920, fatto i primi esperimenti sul piccolo Albert con cui dimostravano la possibilità di interpretare la genesi delle fobie attraverso un condizionamento classico e la Jones, quattro anni dopo, aveva già fatto

primi tentativi di terapia delle fobie per condizionamento sul piccolo Peter. Ma si trattava allora di esperimenti il cui avvenire non era possibile prevedere. Ora, dopo la scoperta del condizionamento operante da parte di Skinner e gli sviluppi imposti alla teoria dai comportamenti della seconda generazione, il comportamentismo è arrivato alla sua terza fase e ha dato alla psicologia clinica con Eysenck, per non citare che lui, un impulso tale da imporre un riesame dei rapporti tra le due dottrine. Si noti inoltre che il comportamentismo oggi si presenta come una tecnica che permette non solo un'analisi del comportamento umano, ma anche e soprattutto una sua possibile modificazione. E non può essere sottovalutato il fatto che il behaviorismo moderno rappresenta una dottrina che non solo affonda le sue radici nei laboratori di psicologia sperimentale, ma che è in grado di dare più facilmente di altre dottrine la prova della sua efficacia. Il confronto fra i due sistemi va dunque fatto: e fatto tanto a livello operativo che a livello teoretico.

Sul più semplice piano operativo — sul quale chi scrive ha da sempre ritenuto possibile applicare metodi behavioristici — il confronto appare facile. Si può, cioè, sostenere che: a) *l'incoraggiamento adleriano può essere assimilato a un rinforzo positivo;* b) *che molte tecniche di incoraggiamento elaborate da R. Dreikurs contengono intuizioni ed assumono la forma d'un procedimento behaviorista riportabile a principi che stanno alla base dell'apprendimento;* c) *che, indipendentemente da ogni divario che possa sussistere fra le due teorie, vi sono un «momento» e un «modo» in cui una tecnica behaviorista può essere introdotta in un progetto terapeutico adleriano, senza sconvolgerne la coerenza.* Il «momento» è quello in cui l'analisi dello stile di vita è stata portata a termine e al paziente è stata data l'interpretazione del suo comportamento; il «modo» è quello di introdurre, accanto alle tecniche classiche d'incoraggiamento, o al loro posto, tecniche comportamentali. Personalmente chi scrive, in certi casi di agorafobia, ha costantemente applicato, come tecniche di incoraggiamento, tecniche behavioriste, costituite da esercizi di allontanamento dalla casa eseguiti in modo graduale, sistematico, ripetitivo, e con tutti i crismi richiesti dalle tecniche comportamentali. Forse, a questo proposito, non è inutile ricordare qui, per inciso, che Adler, quando da fanciullo era turbato dalla paura di attraversare una via che riteneva passasse accanto a un cimitero, prendendo il coraggio a quattro mani, decise di rifare più volte avanti e indietro il tragitto incriminato finché la paura non si dileguò. Egli adottò quindi, ante litteram, una tecnica di incoraggiamento che realizzava nella sua rudimentale semplicità un metodo comportamentale il cui significato era quello di dimostrare che *il coraggio può essere appreso e che la ripetizione di un atto che ha avuto successo consolida un risultato.*

* * *

Se nel settore operativo non si scorgono ostacoli particolari nell'uso di determinate tecniche comportamentali, non così si può dire delle proposte fatte da F. Schulz von Thun (6) sulla «Zeitschrift für Psychologie» del 1978 e che mettono in evidenza analogie più profonde fra le due Scuole: il che obbliga ad un confronto col comportamentismo a livelli più alti di quelli finora considerati. Non è possibile in questa sede analizzare le tesi sostenute da Schulz: si andrebbe troppo oltre i limiti entro i quali deve essere contenuta questa relazione. Qui ci si limita, perciò, ad accennare solamente, e di sfuggita, ad alcuni punti la cui importanza sembra fondamentale per scoprire quelle che si potrebbero chiamare le «analogie nascoste» fra i due sistemi.

Partendo dall'ormai classico schema comportamentale che interpreta i disturbi neurotici come provocati da un condizionamento classico di tipo pavloviano e mantenuti da un condizionamento operante di tipo skinneriano, Schulz rileva l'analogia che vi è tra la *ricerca del rinforzo* che mantiene il sintomo, problema basilare per i comportamentisti, e la *ricerca dello scopo*, che persegue il sintomo, problema altrettanto basilare per gli adleriani. Giustamente Schulz nota come la profonda differenza che vi è fra la concezione teoretica del sintomo propria della psicologia individuale e la concezione antimentalistica propria del comportamentismo perda di valore di fronte a una simile analogia. Entrambe le Scuole vanno, infatti, alla ricerca della stessa cosa: cioè delle conseguenze provocate dal comportamento e temono che esse «aggravino» il comportamento stesso. Il che sul piano teorico sembra ridursi a una differenza di linguaggio: il behaviorista teme che le conseguenze rinforzino il comportamento stesso, l'adleriano teme che esse adeguino il comportamento alla «finalità» che persegue il sintomo. Si noti ancora come per entrambe le Scuole il rapporto fra il sintomo e la sua conseguenza non sia noto al paziente: sia, cioè, inconscio.

Non meno importante sembra il valore che Schulz dà a quella che per gli adleriani classici è la «Domanda» per antonomasia («Che desiderio esprimerebbe lei se con una bacchetta magica una fata potesse esaudirla?»). La risposta utile nell'analisi adleriana non è meno utile per il comportamentista; si può, infatti, dedurre da essa quali sono gli avvenimenti esistenziali che il paziente tende ad evitare coi suoi sintomi. Anche qui, nota Schulz, è irrilevante, o può apparire irrilevante, il fatto che i comportamentisti interpretino la «fuga» dalla realtà come conseguenza di insufficienze dell'apprendimento, di ansie condizionate, di aspettative deluse, mentre Adler parli di sentimento di inferiorità in quanto vede nella neurosi un «arrangiamento» che permette al soggetto di evitare i compiti della vita senza apparire un fallito o un essere che si colloca al di sotto della media. Due interpretazioni diverse, quindi, ma che secondo Schulz rappresentano, sia pure come caso particolare, un punto di contatto fra i due sistemi in quanto in entrambi i casi *non si considera il disturbo neurotico come espressione di una dinamica conflittuale profonda.*

Un terzo punto che Schulz discute e che permette di rilevare altre somiglianze e dissomiglianze tra i due sistemi riguarda il trattamento. Le somiglianze riguardano lo sforzo comune insito nei due sistemi nel volere

eliminare i sintomi che «rafforzano» il disturbo neurotico: il comportamentista, infatti, consiglia ai parenti del paziente di non rinforzare con compassione, aiuto, dedizione le problematiche comportamentali del congiunto e il terapeuta adleriano fa lo stesso. Dreikurs consiglia all'insegnante di non rispondere in base ai sentimenti che il soggetto suscita in lui, ma in modo opposto. Inoltre sussiste un accordo tra i due sistemi nell'ammettere che lo smantellamento puro e semplice del sintomo non ha significato. Il sintomo smantellato lascia, infatti, una lacuna che viene sostituita da un altro sintomo che in genere è costituito da un precedente comportamento. Entrambi i sistemi ritengono, perciò, che allo smantellamento del sintomo deve seguire una ricostruzione della personalità. E qui si rilevano le dissomiglianze, in quanto la ricostruzione è vista in modo differente dalle due Scuole: il comportamentista tende a stabilizzare il deficit con un training circoscritto e specifico, lo psicologo individuale invece tenta di ristrutturare la personalità nel suo insieme.

Con queste ed altre esemplificazioni che qui si omettono, Schulz tende a dimostrare — non senza ragione secondo chi scrive — che fra comportamentismo e psicologia individuale le differenze sono meno radicali di quanto appaiono a prima vista, tanto che lo psicologo tedesco arriva a porre il problema di una possibile integrazione reciproca di certi contenuti dei due sistemi.

Si è dato così largo spazio al discorso di Schulz perché si è ritenuto che esso fosse poco noto da noi e che non avesse avuto né da parte nostra né da parte dei comportamentisti quell'attenzione che merita. Le tesi di Schulz pongono il problema dei rapporti tra psicologia individuale e behaviorismo ad un livello differente da quello che si è precedentemente discusso in rapporto all'introduzione delle tecniche di incoraggiamento di tipo comportamentale nella terapia: in quest'ultima situazione, infatti, il modo e il momento in cui era prevista l'introduzione delle tecniche comportamentali non disturbavano la coerenza del sistema: nelle situazioni prospettate da Schulz, invece, vengono investiti direttamente i fondamenti della teoria. Si tratta quindi di un grosso problema che può trovare la sua soluzione soltanto dopo ricerche particolari che tengano presenti nello studio clinico dei casi entrambe le ipotesi, confrontandole a ogni livello della ricerca. È una indagine del genere, che metta provvisoriamente «fra parentesi» causalismo e finalismo, unigenesi e plurigenesi delle neurosi, origine interpersonale e intrapsichica delle stesse, che permetterà di stabilire se, e entro quali limiti, sia possibile un'integrazione reciproca di certi contenuti dei due sistemi.

2.4. *Psicologia individuale e psicologia umanistica.* Esplicitati i rapporti che sussistono fra i due «massimi sistemi» e la psicologia individuale, rimane da rettificare il collocamento dell'adlerismo nell'ambito della psicologia umanistica: problema che non sembra difficile risolvere. La psicologia adleriana, infatti, nella sua struttura è una psicologia umanista e tale rimane nell'ambito del classico trattamento «duale», ma i compiti che la psicologia individuale assolve vanno tanto al di là dei rapporti

duali, specie nell'ambito della psicologia di gruppo e applicativa, che essa finisce col trascendere l'impegno umanistico. L'adlerismo è, quindi, qualcosa di più d un sistema umanista, esso è un sistema che ha una propria via, un proprio schema teoretico e un proprio modo di operare. Senza voler fare del «patriottismo di Scuola», sembra possibile affermare che Adler, come Freud e Jung, è il capofila d'una Scuola e che la psicologia individuale va considerata come la matrice che sta alla base di un modo particolare di concepire la natura dell'uomo e dei suoi problemi.

3. I FONDAMENTI DELLA PSICOLOGIA INDIVIDUALE

3.1. *Le principali proposizioni dell'adlerismo.* Le proposizioni fondamentali che caratterizzano l'adlerismo sono state riassunte da Adler nel già citato articolo scritto nel 1937, l'anno stesso della sua morte, e ripubblicato a cura degli Ansbacher in «Superiority and Social interest» (5). Le proposizioni che Adler pone alla base del suo sistema e che gli Ansbacher sintetizzano in sei, riguardano fondamentalmente la teoria della personalità, da cui la psicoterapia deriva. È questo scarno nucleo di idee esposte in poche righe che costituisce l'adlerismo e che qui si considera di vitale importanza. Si potrebbe partire da altri presupposti quali quelli riassunti da Ellenberger (7) nella magistrale esposizione della psicologia individuale che fa nella sua «Scoperta dell'inconscio»: ma i presupposti, chiamati assiomi, con cui Ellenberger sintetizza l'adlerismo vanno al di là della teoria della personalità di cui ci si vuole occupare qui ed investono l'adlerismo in ogni suo aspetto storico, teoretico ed applicativo. Ci si limiterà pertanto, nelle brevi considerazioni che seguono, a riferirsi soltanto allo scritto adleriano.

* * *

Il primo principio enunciato da Adler riguarda *l'unità e la coerenza interna della personalità* (self-consistency): principio, riteneva Adler, contro il quale non può essere sollevata alcuna obiezione e che abitualmente viene reso con il termine di «globalismo» o di «olismo», secondo una nomenclatura introdotta successivamente da Smuts con cui Adler era in rapporto. È questo principio che ha dato il nome al sistema quando, nel 1913, gli adleriani vollero designare il loro gruppo con un nome che esprimesse l'idea centrale della loro dottrina che, come nota Furtmüller (8), «era quella che» le varie azioni ed idee di un individuo non potevano essere spiegate come causate da forze psichiche isolate come pulsioni o motivate da certe esperienze isolate come i traumi, ma solamente in connessione con la globalità della personalità dell'individuo (whole of individual's psychic picture).

Il primo principio — che è derivato, in «parallelo», dall'anatomo-patologo Aschoff — trova il suo riscontro, secondo quanto lo stesso Adler sostiene, nella teoria della Gestalt. Il che a livello di un'intuizione clinica appare corretto ed è ribadito da due corollari su cui Adler spesso insiste

e cioè: che un «sintomo considerato fuori dal contesto globale della personalità che lo esprime ha lo stesso valore di una nota isolata da una melodia» e che «lo stesso sintomo assume significati diversi a seconda del contesto in cui si presenta». Clinicamente i due corollari appaiono ineccepibili, ma la teoria del globalismo acquisterebbe certamente una maggiore omogeneità e precisione, anche per quanto riguarda i suoi collegamenti con la Gestalt, se si precisassero con un terzo corollario quale sia il principio organizzatore che presiede alla unificazione dei contenuti e quali siano i limiti dell'unità e della coerenza. Il corollario dovrebbe suonare così: «*Le varie azioni e le idee di un individuo in tanto sono unite e coerenti in quanto collegate con un principio organizzatore che è l'attività diretta verso una meta*». È ovvio che l'accettazione di un corollario formulato in questo modo non avrebbe un valore meramente formale, ma implicherebbe la esplicita ammissione che possono sussistere nella personalità delle zone autonome indipendenti dal principio organizzatore.

L'unità e la coerenza della personalità, sono, secondo Adler, riconoscibili all'esame clinico tanto sul piano «orizzontale» che su quello «longitudinale». La coerenza, cioè, fra il sentire, il pensare e l'agire che si riscontra in un individuo in un momento dato si rivelerebbe anche quando si ricerca il filo storico che congiunge le manifestazioni attuali di un soggetto con quelle passate. Come è noto, è in base all'applicazione di questo principio che Adler ha scoperto l'importanza dei primi ricordi. È legittimo chiedersi quale sia la validità di questi due assunti. Per quanto riguarda il primo assunto, si può raggiungere la sua prova, sul piano clinico, quando nell'analisi di un caso si applichi quel procedimento diagnostico per inferenze successive che Adler usava e che gli permetteva di commentare in pubblico con successo storie cliniche di casi da lui mai visti e conosciuti. Le opere di Adler contengono molteplici esempi del genere e il «caso di Mrs. A» ne è un esempio tipico. Sembra che questo metodo non venga più applicato oggi nella dimostrazione di casi clinici e che si preferisca illustrare i casi attraverso l'analisi dello stile di vita, come ha fatto Shulman negli ultimi Congressi internazionali: è opinione di chi scrive però che chiunque voglia usare il metodo che usava Adler in lezioni, se ha una sufficiente esperienza della tecnica e della pratica della psicologia individuale, otterrebbe la prova della validità degli assunti che stanno alla base della dimostrazione.

Per quanto riguarda la costanza che certi atteggiamenti avrebbero dall'infanzia all'età adulta, essi sono almeno in parte dimostrabili attraverso l'analisi abituale dello stile di vita: sarebbe opportuno però che fossero raccolte delle psicografie per dimostrare entro quali limiti l'assunto sia valido.

* * *

Il secondo principio riguarda il modo in cui l'individuo si comporta di fronte ai problemi della vita che vanno cambiando. «È decisiva — da questo punto di vista per Adler — l'opinione che l'individuo si è *formata*

di se stesso e dell'ambiente con cui si confronta». Questo assunto che sta alla base dello stile di vita e che, in un certo senso, si identifica con esso, permette di inquadrare la teoria di Adler nell'ambito di quelle concezioni che pongono nella variabile intermedia fra lo stimolo e la risposta il significato del comportamento umano. Il fatto che l'uomo non risponda agli stimoli o alle situazioni con riferimento alle caratteristiche obiettive con cui si presentano è ormai acquisito alla psicologia. Ed è un principio che è importante mettere in evidenza in sede di revisione dei rapporti tra adlerismo e psicologia comportamentale. Se un tempo, infatti, questa variabile intermedia rappresentava un ostacolo invalicabile che divideva la psicologia adleriana dalla comportamentale, oggi, dopo l'introduzione della variabile intermedia in alcuni settori della psicologia S-R e certi timidi studi che stanno nascendo intorno alla psicologia del sé fra comportamentisti della terza generazione, questo tipico concetto adleriano non ostacola più una possibile mediazione fra behaviorismo e adlerismo.

* * *

Il terzo principio è formulato da Adler in modo che, da un certo punto di vista almeno, può apparire insolito. Esso è definito come la tendenza che spinge l'uomo a *lottare per il successo*. Può meravigliare in questo enunciato la dizione di lotta per il successo al posto della «formula» classica e più universale di un'attività diretta verso una meta («goal directed activity»), ma la dizione è meno equivoca di quanto non sia stato a suo tempo il termine infelicissimo di «volontà di potenza» che aveva fatto apparire Adler come un niciano. Si sa infatti dagli espliciti interventi dello stesso Adler e di suo figlio Kurt che la forza dinamica che guida gli uomini verso un fine va vista come un movimento che sale dal basso verso l'alto; che la meta, «oggetto» dell'aspirazione, si può esprimere in una miriade di modi e che l'aspirazione al potere non è che uno di questi modi. Tenendo conto di questi chiarimenti, l'uso della dizione «successo» non diventa che un modo generico, non certo felice, di definire la meta puntando più sul sentimento che provoca il suo raggiungimento che non sul suo contenuto obiettivo.

Le varie modalità di tendere verso un fine sono tutte vissute ad un livello variabile di inconscienza per cui uno degli scopi dell'analisi adleriana è quello di rendere l'individuo consapevole del fine cui tende. Scoprire il contenuto della meta e le strategie che il soggetto usa per raggiungerla è dunque il primo obiettivo che l'analisi adleriana si deve porre ed è in questo senso che appare come particolarmente pertinente la definizione di «teleanalisi» che dà Dreikurs dell'adlerismo.

La finalità cui tendono gli esseri umani — che seguendo le leggi aristoteliche della causalità si può considerare una «causa finalis» — interviene, secondo Adler, non solo come una chiave di lettura che permette di interpretare nel suo complesso la personalità umana normale, ma anche come una chiave che permette di interpretare il senso dei singoli sintomi: cosa che può suscitare qualche perplessità. Per quanto in questa relazione non

si vogliano affrontare problemi strettamente psicopatologici, non ci si può esimere dal mettere in evidenza che questo assunto non può essere accettato in assoluto: vi sono lavori come quelli di B. Shulman e H. Mosak (9) che dimostrano la possibile interpretazione teleologica dei sintomi, ma i limiti entro cui il finalismo giustifica i sintomi ed esclude l'intervento di fattori causali non è chiaro. È certo che la pubblicazione di storie cliniche con l'interpretazione dei singoli sintomi e del loro intrecciarsi ed influenzarsi reciprocamente sarebbe di grande giovamento per la pratica e di chiarimento per la teoria.

* * *

Il *quarto principio* è costituito dal *sentimento comunitario*, detto dagli anglosassoni, con l'approvazione dello stesso Adler, «social interest», termine che male rende, secondo chi scrive, il senso di Geheimnisheitsgefühl.

Il sentimento comunitario è stato studiato nel modo più completo da H.L. Ansbacher, il quale ne riconosce la natura composita e ne distingue due aspetti, uno «oggettuale» e l'altro «processuale». Il primo aspetto si riferisce alla dimensione del sentimento che può essere inteso come «cosmico» — e riferirsi ad ogni aspetto della realtà — o «circoscritto» e riferirsi al solo mondo sociale e costituire quello che viene abitualmente definito come «sentimento di appartenenza». Nel suo aspetto detto «processuale», invece, il sentimento comunitario può essere considerato come una attitudine potenziale che si esprime a sua volta in due modi: come sentimento di collaborazione («comprendere gli altri ed entrare con essi in un rapporto empatico») e di valutazione («distinguere ciò che sta dalla parte utile da ciò che sta dalla parte non utile della vita»).

Quando si parla di sentimento comunitario non si deve dimenticare l'importanza storica che ha questo sentimento per l'adlerismo e più in generale per la psicoterapia. Con l'introduzione del sentimento comunitario, infatti, Adler impone alla psicoterapia il più grosso mutamento della sua storia: il passaggio dal «naturalistico» al «sociologico», dal «medico» al «culturalistico». Cronologicamente, il sentimento comunitario è stato introdotto da Adler alla fine della prima guerra mondiale, quasi una decade dopo la pubblicazione del suo primo capolavoro, «Il temperamento nervoso». La rivoluzione che ha causato l'introduzione di questa nuova dimensione in medicina è nota. Quando Adler ritornando dalla guerra, trasformato dalla esperienza vissuta come ufficiale medico dell'esercito austriaco, parlò ai suoi seguaci del sentimento comunitario provocò un fermento. Molti di essi si ribellarono perché sentivano che la barriera della medicina era stata superata e che si stava entrando in un mondo nuovo in cui un sentimento che si ispirava anche all'*amore per l'altro* veniva introdotto come un caposaldo della psicoterapia. A tale sentimento, infatti, a parte la funzione che gli si attribuiva come correttivo della aspirazione neurotica al potere veniva data la stessa dignità dell'attività diretta verso una meta. Il sentimento sociale va considerato, infatti, come uno dei due parametri su cui si fonda la psicologia individuale e che dà alla psicoterapia una

finalità etica. Va rilevato dunque che storicamente è Adler e non la Scuola culturalista americana che ha introdotto in psicologia clinica quelle variabili che vedono nella interazione tra gli esseri sociali uno dei fattori — se non il principale — che provoca la neurosi.

L'esistenza di un sentimento comunitario sfugge al criterio del vero e del falso. Esso non può essere dimostrato. Non ha bisogno della giustificazione naturalistica che Adler tentava di dargli facendolo derivare dalle condizioni in cui viene al mondo l'essere umano, che sono quelle del più debole degli esseri viventi. Esso è o non è: chi non ce l'ha non può fare lo psicoterapista.

I due ultimi principi, il quinto e il sesto, riguardano la *unicità* della persona umana e la *creatività* che sono intimamente connesse al concetto di stile di vita che oggi, nell'adlerismo moderno, assume la duplice veste di una sintesi teoretica del sistema e di uno strumento clinico-diagnostico.

L'unicità della persona umana, nel senso di irripetibilità della stessa, non ha bisogno di commenti: è un dato di fatto ammesso persino dai comportamentisti moderni. Della creatività invece va rilevato l'intrinseco carattere filosofico che possiede e che rivela il determinismo parziale dell'adlerismo (il *soft determinism* degli anglosassoni). Essendo lo stile di vita elaborato dall'individuo attraverso il modo in cui vive gli stimoli e vi risponde, l'uomo diventa, per usare un termine tipicamente adleriano, il creatore di se stesso, l'artefice e l'opera d'arte, un «actor» e non un «reactor».

3.3. *Significato dell'esclusione del sentimento di inferiorità dal contesto dei principi fondamentali dell'adlerismo.* Va notato come nello scritto in cui Adler elenca i principi fondamentali della psicologia individuale non sia nemmeno nominato il sentimento di inferiorità: sentimento la cui scoperta ha reso Adler famoso nel mondo e che è penetrato ormai nel linguaggio della vita quotidiana. Ma il fatto non deve destare sorpresa perché il collocamento del sentimento di inferiorità nell'ambito della dinamica intrapsichica della personalità è stato sempre incerto in Adler. È noto, infatti, come Adler avesse dato al sentimento di inferiorità collocamenti contrastanti: esso è stato considerato, ora, come una fondamentale dimensione della natura umana («Essere uomini significa sentirsi inferiori»), ora come facente parte di un binomio in cui sentimento di inferiorità e di superiorità si presentano come una coppia inseparabile, o, infine, come il risultato di un confronto fra sé e gli altri. Sembra, quindi, che Adler in questo scritto faccia una scelta non espressa che può essere questa: il sentimento di inferiorità è una *variabile dipendente che è latente negli esseri umani, ma che si manifesta solo quando si subisce o si teme un insuccesso*: solo quindi quando l'attività diretta verso una meta fallisce il suo scopo.

4. LO STILE DI VITA COME SINTESI DELL'ADLERISMO MODERNO E STRUMENTO DIAGNOSTICO

4.1. *Lo stile di vita come definizione.* Lo stile di vita è la concezione centrale dell'adlerismo moderno. Esso è stato descritto da Adler nel corso della sua vita con varie denominazioni che Ansbacher ha elencato, ma le più importanti delle quali, e che meglio ne chiariscono il significato, sono senza dubbio il «metodo di affrontare i problemi» e «la opinione che ha uno di se stesso e dei problemi della vita». Il concetto dello stile di vita dopo la scomparsa di Adler è stato approfondito e sviluppato, fra gli altri, da Ansbacher, Dreikurs, Mosak e Shulman. Lo stile di vita si presenta oggi, sul piano teoretico, come una struttura che può considerarsi omologa per importanza e valore a quella che per i freudiani è la tripartizione della mente nelle istanze dell'Io, del Super-Io e dell'Es. Sul piano metodologico, invece, lo stile di vita assume la funzione di uno strumento diagnostico che permette un esame sistematico della personalità secondo schemi preordinati (10).

In pratica lo stile di vita è «scomponibile» artificialmente in uno schema appercettivo e in uno schema comportamentale. Come schema appercettivo, esso è centrato sulla visione di se stesso e del mondo: visione che l'individuo ha cominciato a elaborare sino dall'infanzia, secondo Adler, sino dall'età di quattro-sei anni, e che ha in seguito rafforzato con le successive esperienze esistenziali, vissute in genere sotto l'influenza delle sue prime convinzioni o pregiudizi. Queste convinzioni riguardano tutti gli aspetti della vita, che B. Shulman ha classificato, nel migliore dei modi possibile, in convinzioni che riguardano il sé corporeo, la propria identità sociale (in senso quasi anagrafico), l'immagine di sé, la visione cosmica e sociale del mondo, gli ideali e i principi etici.

L'aspetto comportamentale dello stile di vita riguarda il *modo* col quale l'individuo reagisce agli stimoli appercepiti e le strategie che segue per raggiungere la meta cui aspira (il cosa fare e il come fare).

4.2. *Lo stile di vita come problema.* La concezione dello stile di vita presenta molti problemi di cui due — che riguardano rispettivamente la nomenclatura e il giudizio morale — sembrano i più importanti.

Il problema della nomenclatura concerne l'estensione del concetto di stile di vita. Secondo alcuni adleriani per stile di vita va inteso solo il *modus vivendi* (lo schema appercettivo), mentre il *modus operandi* (lo schema comportamentale) andrebbe scisso dal *vivendi* e denominato «piano di vita». Questa scissione sarebbe giustificata dal fatto che due soggetti possono avere la stessa visione di se stessi e del mondo ma comportarsi in modo differente: avere cioè lo stesso *modus vivendi*, ma non lo stesso *modus operandi*.

B. Shulman, invece, considera lo stile di vita come un insieme di convinzioni che l'individuo si è formato e che riguardano non solo le opinioni su se stesso e la vita, ma anche le opinioni sul cosa fare e come fare. Il *modus operandi* diventa quindi, secondo la concezione di Shulman, il

risultato di una conclusione che l'individuo trae dalle riflessioni che ha fatto su se stesso e la vita. È *come se* l'individuo pensasse: «io sono fatto cosí, la vita è fatta così, *perciò* io devo comportarmi così». Il «perciò» rappresenta il legame tra le due parti dello stile di vita: trasforma lo stile di vita in un'unità coerente esprimibile in proposizioni che si potrebbero tradurre in formule. Shulman dà degli esempi di queste formule, una delle quali è la seguente: «Io sono debole, la vita è dei forti, *perciò* io devo seguire sempre il più forte». Non vi è chi non veda come lo stesso schema appercettivo («Io sono debole, la vita è dei forti...») possa condurre a conclusioni comportamentali differenti (a «perciò» differenti), ma senza che la struttura unitaria dello stile di vita ne venga modificata. Si possono così immaginare, fra le tante varianti possibili dello schema comportamentale, modificazioni come le seguenti: «Io sono debole e la vita è dei forti, *perciò* io posso riuscire soltanto usando l'astuzia, la spregiudicatezza, l'inganno». Oppure ancora: «Io sono debole, la vita è dei forti, *perciò* devo studiare, lavorare di più per raggiungere una posizione che mi dia di per se stessa il potere».

Il secondo problema che pone lo stile di vita riguarda gli errori che l'individuo commette nelle decisioni che prende. Siccome le concezioni che stanno alla base dello stile di vita si sono formate sino dall'infanzia, esse contengono molti «errori» nel modo di valutare se stessi e la vita e nel decidere sul cosa fare e come fare. Si tratta di «errori» che la terapia ha il compito di identificare, ridurre o eliminare. Shulman riesce a dare una prima classificazione di questi errori. Ma si tratta di un argomento troppo complesso; discutere su una classificazione del genere, tanto affascinante quanto problematica, ci porterebbe troppo in là, ai limiti della filosofia morale e alle basi stesse della psicoterapia. L'argomento va discusso quindi in altra sede e in altre occasioni.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI E NOTE

1) P.K. FEYERABEND: « Contro il metodo », Feltrinelli, 1979.

2) Il Congresso non è stato molto ortodosso in senso umanistico e vi sono state proposte di metodi che uscivano dalla pur ampia cerchia dei metodi umanistici.

3) L.J. SIMON: « The political Unconscious of Psychology: Clinical Psychology and Social Change », « Professional Psychology », 1970, 1, 331.

4) H.H. MOSAK e R. DREIKURSG « Adlerian Psychotherapy » in R. CORSINI: « Current Psychotherapies ». F.E. Peacock Publishers, Itasca, 1973.

5) A. ADLER: « Superiority and Social Interest. A Collection of Later Writings ». A cura di H.L. Ansbacher e R. Ansbacher, W.W. Norton, N. York, 1979.

6) F. SCHULZ VON THUN: « Dialog zwischen der individualpsychologie Alfred Adlers und der modernen Verhaltenstherapie », « Zeitschrift für Individualpsychologie », 1978, 3, 1-13.

7) H.F. ELLENBERGER: « La scoperta dell'inconscio », Boringhieri, 1980.

8) C. FURTMÜLLER: « Alfred Adler. A Biographical Essay ». Parte VI di « Superiority and Social Interest » (Vedi n. 5 di questo elenco).

9) B. SHULMAN e H. MOSAK: « Various Purposes of Symptoms », in B. SHULMAN: « Contributions to Individual Psychology, Selected Papers », Alfred Adler Institute, Chicago.

10) Nella relazione si accenna soltanto allo schema di Shulman che si trova descritto nei « Selected Papers » sopra citati. Qualche informazione sullo stile di vita si trova anche nelle introduzioni a due opere di Adler pubblicate dalla Newton Compton (« Psicologia dell'educazione » e « La psicologia individuale nella Scuola »). Interessante è anche una monografia distribuita dall'Istituto Adler di Chicago: D. Eckstein - L. Baruth - D. Mahrer (« Life Style: What it is and how to do it »).

GIAN GIACOMO ROVERA

TRANSMOTIVAZIONE: PROPOSTA PER UNA STRATEGIA DELL'INCORAGGIAMENTO

1. INTRODUZIONE

A) *Premesse*

1) Ci si può domandare che «significato» abbia parlare dell'incoraggiamento in psicologia, in psicopedagogia e in psicoterapia.

Non si può negare la difficile delimitazione operativa del termine, né che alcune tecniche non strutturate d'incoraggiamento vengano largamente utilizzate al di fuori dello stretto contesto psicoterapeutico. Sembrerebbe che l'incoraggiamento debba rimanere prerogativa di chi opera, attraverso una semplice condotta educativa, senza un tirocinio emotivo adeguato e senza prendere in considerazione il proprio controatteggiamento; e ancora, se utilizzato in un contesto significativo, debba servire per comunicare col paziente attraverso concetti a lui noti, ma non cònsoni a formulazioni teoriche strutturate.

Le eccezioni sono poche: tra queste, quella elaborata dalla Psicologia Individuale, che ha posto il concetto di coraggio e quindi di incoraggiamento come uno dei punti focali del proprio modo di procedere teorico-pratico.

2) I rapporti tra i due termini coraggio e incoraggiamento non sono peraltro così lineari come potrebbe sembrare.

Il coraggio viene utilizzato, di solito, per designare una «qualità dell'animo», una «virtù» correlata più o meno positivamente a seconda delle sottoculture di appartenenza; mentre l'incoraggiamento dovrebbe essere il metodo che consente di «infondere» questi attributi a colui che ne è privo. E questa è, in linea di massima, la «pratica» dell'incoraggiamento utilizzata comunemente: dato che si incoraggia moltissimo, nei più svariati modi, e al di fuori di un «setting» rigoroso.

Non si può tuttavia negare che, mentre il «coraggio» permette elaborazioni teoriche sulle sue caratteristiche di «modalità esistenziale» e di «tratto di carattere», l'incoraggiamento riporta il problema su un piano di praticabilità, proponendo interventi, che non potranno prescindere dai risultati che si vogliono ottenere: sicché sostenere che lo scopo dell'incoraggiamento è il coraggio non è dare una risposta adeguata al quesito. Infatti, se si definisce l'incoraggiamento in funzione del coraggio, basterà

chiarire il significato di quest'ultimo, e «qualsiasi» tecnica, che porterà agli effetti previsti, sarà incoraggiante. Ma questo vuol dire ignorare che esiste già, a vari livelli, un «sistema» di metodiche «incoraggianti» (o almeno ritenute tali), utilizzate «al di là» di una troppo sfumata delimitazione concettuale di «coraggio». Non ci si può allora nascondere una evidente difficoltà: assegnando al coraggio un significato troppo ampio, si rischia di degradare l'incoraggiamento a metodiche troppo banali: mentre, viceversa, se si bada solo all'incoraggiamento, si corre l'alea di considerare esclusivamente gli aspetti «comportamentali» (l'atto coraggioso), prescindendo dai risvolti individuali profondi (lo stile di vita coraggioso). In effetti se ipotizziamo che modelli di intervento connotabili in base ai soli «comportamenti» incoraggianti possano eventualmente raggiungere gli effetti opposti dello «scoraggiamento» (e ciò non è assurdo quando si pensa alle «ingiunzioni paradossali»), si comprende come sia corretto affrontare il problema in maniera globale.

3) Viene così da enucleare la domanda circa una possibile metodologia dell'incoraggiamento, che se anche non strettamente codificabile, sia almeno sufficientemente coerente.

Un approccio che si proponga come tale dovrebbe rispondere ad alcuni requisiti. Occorre che le sue basi teoriche siano epistemologicamente esibite in un paradigma decifrabile e fornite di un «manuale di traduzione»; che gli assunti di base siano fondati su ipotesi non solo verificabili, ma eventualmente falsificabili; che il tutto sia in qualche modo collaudato dai fatti e da verifiche cliniche.

Questo presuppone che la Psicologia Individuale sia un modello «aperto», non riduttivo, critico e funzionale (Rovera).

* * *

B) *Coraggio e incoraggiamento*

1) Gli studiosi che per primi in modo più strutturato elevarono l'incoraggiamento al rango di metodo sono stati Dinkmeyer e Dreikurs, che dedicarono una nota indagine a quello che loro stessi definiscono come «processo di incoraggiamento».

Ma già un'attenta lettura delle opere di Alfred Adler ci fa constatare che il coraggio sia da questi ritenuto un elemento importante e necessario sia per i pazienti nevrotici perché cessino di essere tali, sia per i bambini per evitare l'insorgenza di manifestazioni non improntate al sentimento sociale e precorritrici di disadattamenti psicologici.

2) Ciò che tuttavia non si trova negli studi adleriani è una definizione esauriente del coraggio.

L'incoraggiamento, di conseguenza, non assume i connotati di uno strumento sufficientemente articolato con specifiche indicazioni sui fini che si propone di conseguire, anche se il suo utilizzo appare presente nelle «prassi» della Psicologia Individuale.

Inoltre non viene superata una difficoltà di fondo; sebbene Adler tenga conto degli effetti negativi che possono derivare da un maldestro incoraggiamento o addirittura da un sistematico scoraggiamento, egli non indica esaurientemente perché l'incoraggiamento ottenga certi effetti: a seconda degli individui, delle circostanze, dei differenti contesti sociali ed anche del terapeuta; non emergono perciò il come il quando ed il perché, circa i metodi corretti per una sua applicazione.

3) Dinkmeyer e Dreikurs nel loro lavoro si sono proposti di analizzare l'incoraggiamento e di indicarlo come processo, sottolineando talune regole che lo governerebbero sino a delineare un certo numero di regole. Tra i «nove punti» che si sottolineano come base di un processo di incoraggiamento, molti potrebbero essere «letti» in chiave di metodo non strutturato, di linea prevalentemente psicopedagogica.

Gli Autori stessi sottolineano tuttavia che, nella valutazione di «qualità e modi di agire», sia importante il giudizio soggettivo, e che, se ogni atto storico è giudicato in base alle sue conseguenze, queste tuttavia devono essere sottese sempre da una intenzionalità e da un significato profondi.

Questi parametri vengono ad assumere particolare importanza per definire il coraggio: essi corrispondono infatti alle motivazioni e alle condotte agite. Ciò implica un approccio prospettico dell'individuo, il cui comportamento «è l'attività dell'individuo come un tutto, che afferma se stesso in un contesto sociale»: solo così infatti, e non disarticolando un eventuale comportamento coraggioso dalla complessa e profonda «modalità d'esserci» di un individuo, si può giungere a coglierne la completa significazione. In questo modo le motivazioni e le conseguenze dell'atto possono emergere in tutta la loro importanza e configurarsi nei loro complessi dinamismi.

4) Quali sono allora gli attributi, i meccanismi psicologici, gli elementi caratteristici che stanno alla base del coraggio? Il coraggio è una caratteristica innata o è acquisita ed è quindi «culturaldipendente»? È opinione relativamente diffusa che, nell'uomo, sia il coraggio che i suoi contrari: la paura, l'insicurezza, la disistima, la depressione, ecc., si fondino anche su processi cognitivi (Rachman). Il coraggio e i suoi contrari non sono infatti assimilati a semplici condotte istintuali (innate, «naturaldipendenti»), ma si radicano nel carattere e nel sentimento sociale. Essi si appoggiano a elementi cognitivosimbolici, e il loro determinismo «morbido» (nel senso degli Ansbacher) non esclude quindi la capacità di un'intenzionalità di progettazione in un futuro più o meno immediato.

Sicché, sia il coraggio che la serie dei suoi «contrari», si basano su una valutazione dello stile individuale e della situazione; ma l'uno verso una polarità «al positivo», l'altra verso quella «al negativo». Di conseguenza l'uno favorisce l'attività «versus iniziativa», l'altra l'ostacola. È importante anche sottolineare che il coraggio dipende dall'autostima, cioè dalla valutazione che l'individuo dà di se stesso e della sua capacità di affrontare le situazioni che si presentano, siano esse particolari e contingenti o intese in termini più ampi, nel senso di «situazioni che si possono presentare».

Quindi, in campo psicodinamico, il coraggio non può assumere un significato meramente riduttivo, quale «condotta coraggiosa» di fronte a un determinato pericolo; ma deve venire inteso in un'accezione più ampia, come «atteggiamento coraggioso», espressione dello stile di vita dell'individuo, dinamicamente diretto verso uno scopo e unito all'interesse sociale.

È in questa dimensione che il coraggio sembra assumere le caratteristiche di un «tratto radicato» nel carattere», intendendo questo come seconda natura dell'uomo (Maslow).

Senza cadere nelle trappole metodologiche del relativismo culturale, per il quale ogni cultura avrebbe i suoi simboli guida relativi anche alle condotte coraggiose, si ritiene che per inquadrare un atteggiamento coraggioso sia necessario un certo grado di «intenzionalità», di un certo sviluppo cognitivo e di una certa capacità di «identificazione culturale» (Rovera).

5) È indubbio inoltre che il coraggio non possa essere disgiunto da altri radicali quali l'«aggressività». La componente aggressiva che il «carattere-sentimento sociale» dovrebbe veicolare appare socialmente canalizzata: ad essa dovrebbe mancare la componente della distruttività, mentre dovrebbe apparire un sinergismo con la dinamica dell'iniziativa. In questo senso può anche intendersi la concezione di aggressività benigna e autoprotettiva (Rovera) biofila (Fromm).

Il coraggio, nella sua dimensione ontica, non sembra perciò potersi ridurre tanto ai concetti freudiani di energia, scarica, difesa. Quanto alla dottrina degli Psicologi dell'Io (Hartmann), essi considerano l'aggressività costruttivamente, nella dimensione di un Io autonomo, sede di valori e creativo.

6) Ma ancora più soddisfacente, per gli assunti proposti, può essere il collocamento del coraggio, secondo l'ottica della Psicologia Individuale (Parenti, Rovera e Coll.) e/o meglio ancora in un «processo transmotivazionale». Il coraggio, per le ipotesi adleriane, può infatti rientrare talora nelle compensazioni positive: non solo, ma quando è ben integrato nella struttura della personalità, ha le caratteristiche di compensazione rivolta a rovesciare positivamente il sentimento di inferiorità.

È scontato che di coraggio si possa parlare finché rimaniamo nell'ambito degli attributi che lo qualificano e di cui già si è detto. Viceversa il termine dovrebbe essere abbandonato, anche nel caso di condotte ritenute coraggiose, se queste fossero il frutto di «ipercompensazioni» che si prefiggessero un superamento dell'inferiorità, spinto verso obiettivi estremizzati di dominio e di prevaricazione sugli altri; oppure ancora che si configurassero come sintomo controfobico, come succede nella temerarietà.

Nella sua significazione e nelle sue funzioni precipue, il coraggio sarebbe, quindi, un atteggiamento non solo riferibile a una compensazione positiva, ma specie a una espressione del sentimento sociale che, al di là di ogni schema riduttivo, ne sarebbe l'autentico, anche se non l'unico, elemento costitutivo.

2. PROBLEMI DI METODOLOGIA GENERALE

A) *La «Transmotivazione»*

1) Per un'analisi più approfondita e orientata dinamicamente, nell'ottica della I.P., si crede opportuno configurare il concetto di *Transmotivazione*, facendo riferimento a una strutturazione gerarchica di bisogni e di motivi in senso genetico-evolutivo: vale a dire prendendo in considerazione le varie tappe di sviluppo che conducono alla formazione dello stile di vita e alla sua successiva possibile revisione.

Il coraggio non può che fondersi, infatti, in un principio di «attualità», nell'accezione di criterio epigenetico di Erik Erikson, quale forza di partecipazione agli Altri e insieme con gli Altri, con un buon assestamento delle formazioni difensive e con disponibilità verso la creatività, di apertura costante alla conoscenza e ai valori (Agazzi); ciò è anche rispondente al bisogno di autoaffermazione e assieme di sentimento sociale, secondo una tendenza costante, in rapporto alle proprie possibilità di perseguimento di mète non fittizie (Rovera).

Il processo di incoraggiamento è ancorato al «compito di sviluppo specifico», che deve essere portato a termine. La soluzione del compito di sviluppo specifico di un dato ciclo evolutivo viene preordinata nelle fasi precedenti e a sua volta completata nelle successive (Erik H. Erikson).

Così si sottolinea pure che l'integrazione e lo sviluppo delle varie funzioni psichiche e quindi del senso sociale avvengono in rapporto al carattere geneticamente e teleonomicamente orientato dell'uomo (Rovera), il quale, nel caso del coraggio, si allarga e si approfondisce vieppiù, nelle interazioni che l'individuo realizza a ogni fase di sviluppo, con il proprio corpo, con l'ambiente circostante, con le persone significative.

Il coraggio e di conseguenza l'incoraggiamento devono tenere conto di questo *continuo mutamento nella costante linea di sviluppo dell'individuo*, in rapporto con le sua modalità esistentive. I vari parametri, correlati a comportamenti vitali e in una data società, diventano gli apparati delle mète autorealizzative e l'individuo apprende a elaborare ed a strutturare in tal modo il proprio stile di vita.

2) *Lo stile di vita* è per Adler «un'organizzazione dinamica, nell'individuo, di quei sistemi psico-fisico-sociali che lo determinano». In questa definizione si possono distinguere alcuni elementi:

a) I fattori determinanti lo stile di vita sono forniti tanto dall'individuo, quanto dall'ambiente esterno.

b) Il pensare, il sentire e l'agire significativi sono legati all'unità dell'individuo, più che non debbano costituirsi in processi isolati.

c) Il concetto di unità psico-somatico-sociale caratterizza lo sviluppo dell'individuo.

d) Lo stile di vita, anche se in gran parte è già formato intorno al quinto anno, è stimolato anche successivamente da processi trasformativi che cambiano il soggetto, organizzandosi e riorganizzandosi, col mantenimento dell'equilibrio dell'omeostasi.

e) L'ambiente in cui ogni individuo vive e il suo adattamento ad esso sono influenzati dalle modalità percettive, cognitive e prospettiche dell'individuo: tali modalità sono necessarie non solo per la sopravvivenza, ma anche per la realizzazione del soggetto e per l'espansione del suo sentimento sociale.

3) Un problema che diventa centrale perché costituisce una «struttura a ponte» per l'organizzazione dello stile di vita, e quindi del sentimento sociale e del coraggio, è quello inerente alle *motivazioni*, ai *livelli motivazionali*, all'*autonomia funzionale* e alla *transmotivazione*.

Si intende per motivazione la «spinta al soddisfacimento di un bisogno». Ma di quali bisogni si tratta? In psicologia e in psicopatologia, per comprendere la *dinamica della fase tendenziale* delle condotte umane e il modo in cui si organizza lo stile di vita, non si può prescindere dallo studio delle motivazioni. Queste appaiono fondamentali, nel senso che «penetrano» il dinamismo dell'individuo e si trovano sotto forme specifiche in tutti gli aspetti dell'attività umana. Sono inoltre sempre reperibili *due tipi di bisogni:*

— l'uno di conservazione e di affermazione di sé (tendenza omeostatica);

— l'altro di espansione e di apertura verso altro da sé (tendenza antiomeostatica).

Sulla base di queste due tendenze si possono distinguere ulteriormente *tre livelli motivazionali*, relativi

a) ai *bisogni biologici*;

b) ai *bisogni psicosociali*;

c) ai *bisogni personali-valoriali*.

4) Mentre nei vari cicli di sviluppo (fisiologici) i bisogni scandiscono le tappe della maturazione e dell'organizzazione bio-psico-sociale, le motivazioni dell'uomo adulto maturo dovrebbero essere una sintesi di questi tre livelli (Allport), sebbene esse, in base al principio dell'*autonomia funzionale* delle motivazioni stesse, possano non obbligatoriamente privilegiare uno specifico livello.

Vale a dire che in un individuo, a partire ad esempio dal ciclo postadolescenziale, una data attività è forma di atteggiamento o di condotta: a) anche se iniziata in forza di una tendenza biologica nelle prime fasi dello sviluppo; b) a un certo momento può diventare un obiettivo in se stesso di tipo psico-sociale; c) sino a costituirsi in un valore autonomo personale, corrispondente per un certo verso alla meta finale adleriana.

Questa «autonomia funzionale dei bisogni» porta non ad una disgregazione, ma ad una progressiva e dinamica integrazione fra i vari livelli motivazionali. Talora l'integrazione può non avvenire in modo armonico o completo. Si possono allora notare persone spinte prevalentemente da motivazioni di ordine biologico: esse sono alla ricerca di un esaudimento di bisogni primari e il loro è un finalismo che ricerca sistematicamente il piacere; mentre gli individui in cui predominano motivazioni di realizzazione di prestigio (economico, sociale, culturale) sono quelli che cercano

compensazioni atte a controllare la realtà circostante o attraverso il conformismo o con atteggiamenti di superiorità, spesso fittizia.

Solo se questi due livelli sono integrati da motivazioni di tipo individuale-valoriale, si avranno atteggiamenti e condotte legati a un sentimento etico-sociale.

5) Spinta al soddisfacimento di bisogni (reciprocamente) gerarchizzati, autonomia funzionale dei livelli motivazionali e finalistica integrazione degli stessi, possono essere comprese sotto il concetto teorico-pratico a cui viene qui proposto il termine di *transmotivazione.*

La transmotivazione consisterebbe non solo nella possibilità di passaggio da un livello di motivazione all'altro, ma anche nell'integrazione gerarchica dei motivi stessi. Il *trans* è usato nell'accezione di Piaget, quando a proposito di discipline diverse egli parla di *pluri-*, di *inter-* e di *trans-*. Il modello, in un altro senso e in un'altra sede, è già stato utilizzato a proposito delle «finzioni» e della «transfinalizzazione» (Rovera).

* * *

B) *Coraggio e sentimento sociale*

1) In termini di coraggio appaiono interessanti diverse considerazioni tratte dal modello testè proposto (2-A).

È innanzitutto necessaria una *ricerca del livello motivazionale* che viene sanzionato positivamente da una determinata sottocultura. È inoltre opportuno appurare la coincidenza o meno tra un dato livello motivazionale e i livelli di aspirazione-realizzazione del singolo individuo in uno specifico ciclo evolutivo.

Il coraggio può infatti riferirsi alle varie tappe di sviluppo e correlativamente (storicamente o psicologicamente) ai vari livelli motivazionali.

a) Un individuo può essere considerato coraggioso, perché ad esempio supera certi ostacoli, per procurarsi il cibo per sopravvivere (livello biologico).

b) Ciò è tuttavia diverso dal dire che lo stesso individuo è coraggioso perché si cimenta (ad esempio in una manifestazione sportiva rischiosa), per acquisire prestigio e per superare eventuali sentimenti di inferiorità (livello di un collaudo di prestigio psico-sociale).

c) Differente è ancora il coraggio posto in atto dalla stessa persona, qualora essa attraversi «coraggiosamente» un tratto di mare periglioso, per sentimento sociale: ad esempio per portare altruisticamente aiuto a persone in pericolo (livello etico-valoriale della motivazione).

In questo modo, tali livelli di integrazione delle motivazioni possono coniugarsi variamente l'uno con l'altro e qualora confluiscano a livello di mèta finale (che per la I.P. è in parte ideale) si può parlare di transmotivazione: qui coraggio e sentimento sociale si uniscono strettamente.

sistematico che una *strategia di incoraggiamento* potrebbero giovarsi di un modello transmotivazionale.

a) Nell'età evolutiva i livelli motivazionali coincidono sia storicamente che psicologicamente con le prime tappe di sviluppo.

Qualora non vi siano elementi ad alto potenziale di regressione o di fissazione: ad esempio handicaps fisici oppure mentali, gravi carenze affettive, disturbi della comunicazione, etc., gli interventi saranno prevalentemente di tipo psicopedagogico.

b) In chiave psicopatologica, specie nell'adulto, i livelli motivazionali, se non hanno la possibilità di essere integrati fra loro, coincidono con le «crisi di arresto», le regressioni, ecc.: essi sono riferibili a conflitti interiorizzati, a importanti problematiche storiche, a situazioni patologiche (anche di natura organica).

Gli interventi saranno prevalentemente di linea psicoterapeutica.

3) Sarà pertanto necessario considerare, rispetto allo stile di vita individuale, i vissuti negativi, la fragilità, le sintomatologie neurotiche, i meccanismi di difesa.

Se scoraggiamento sistematico vuol dire: «helplessness» (Seligman), squalifica transazionale, disconferma reiterata, attraverso la somministrazione di frustrazioni negative, non è detto che un processo di incoraggiamento debba sostenersi solo sulle gratificazioni. Anzi proprio per la «significazione» che la I.P. dà al coraggio, non dovranno essere abolite le frustrazioni ritenute «positive»: cioè quelle che il soggetto può sopportare in un determinato momento, quelle che riguardano lo smascheramento di mète fittizie, quelle che si riferiscono alla revisione terapeutica dello stile di vita, ecc. (Rovera). È ovvio che una terapia «lungo» il mantenimento almeno temporaneo delle difese, o «contro» le stesse, dovrà tenere conto dell'età del soggetto, della sua forza, del quadro clinico, degli scopi terapeutici che si vogliono raggiungere.

4) Poniamoci ora il quesito su quali possano essere le finalità di una strategia psicoterapeutica basata sul coraggio, cioè sulla transmotivazione; non possiamo prescindere né dalla strutturazione del «setting», né dal contesto sociale in cui vive il soggetto. Adler, al riguardo, è molto esplicito: un tratto del carattere va sempre vagliato alla luce di quell'istanza che è il sentimento sociale.

Si ritiene, e già è stato sottolineato, che il *rapporto tra coraggio e sentimento sociale* sia di primaria importanza, e non solo per la posizione centrale che entrambi occupano nell'ambito della Psicologia Individuale. Per quanto riguarda il sentimento sociale, ci preme sottolineare che nelle sue prime pubblicazioni Adler parla di sentimento sociale innato e indica con ciò una specie di istinto che deriverebbe dall'accomunamento in branco degli esseri viventi più altamente organizzati. Più tardi, Adler mitiga notevolmente questo punto di vista biologistico, asserendo che ogni soggetto porta con sé dall'infanzia una «disposizione alla comunità» sotto forma di dotazione costituzionale.

Il sentimento sociale si accresce in una «qualità» fondamentale, che risente, in misura notevole, delle prime esperienze del bambino, e, prima fra tutte, di quella con la madre. Coraggio e sentimento sociale tendono ad articolarsi strettamente: per Adler non è possibile che un individuo coraggioso non abbia sentimento sociale e viceversa.

La distinzione, già in precedenza proposta tra atteggiamenti e comportamenti coraggiosi, a questo punto è netta, e avviene sulla base delle motivazioni. Ci si potrebbe domandare se un soggetto sia coraggioso perché ha sentimento sociale, oppure se abbia sentimento sociale perché è coraggioso. Il quesito avrebbe pregnanza pragmatica se le due istanze fossero separabili; non v'è dicotomia qualora essere coraggioso significhi «sentirsi partecipe».

La fiducia, l'autostima, l'autonomia, l'autentico interesse per gli Altri, ecc. sono sentimenti strutturanti e qualificanti il coraggio; in questa visione globale, il singolo atto coraggioso acquista (se è integrato) o perde (se non è articolato psicologicamente) il suo significato più pregnante.

5) Da queste premesse possono emergere alcune considerazioni.

Incoraggiare vuol dire incrementare il sentimento sociale di un individuo e, viceversa, un soggetto scoraggiato avrà poco o nullo sentimento sociale. Qualora ad esempio ci si ponga il quesito se il rapinatore, esponendosi a un pericolo, debba essere considerato coraggioso, o se l'obbedienza distruttiva possa avere attinenza col coraggio (Rovera): alla luce di quanto ipotizzato, la risposta è chiaramente negativa.

Superati i primi cicli di sviluppo, ancorare il coraggio al sentimento sociale è un problema concettuale non difficile se si utilizza il modello della *transmotivazione*, cioè di un'integrazione che rispetti l'autonomia funzionale, ma che gerarchizzi positivamente i tre livelli motivazionali.

3. IPOTESI SUL METODO E SULLE TECNICHE DELL'INCORAGGIAMENTO

A) *Il «fare come» e il «come fare»*

1) L'opera di Dinkmeyer e Dreikurs è ricca di spunti e di esempi circa il problema dell'incoraggiamento. È nostra intenzione comprendere alcuni significati di fondo e se possibile portare uno sviluppo al loro contributo.

Il taglio della loro indagine esprime prevalentemente la «linea» psicopedagogica della I.P. L'altra «linea», complementare alla prima, è quella psicoterapeutica: ed il versante privilegiato in questa indagine. La domanda che si pone riguardo lo studio di tali Autori è quale sia il nucleo tecnico-operativo adottato in merito al «processo di incoraggiamento». Essi parlano dell'importanza del gruppo, del sentimento sociale, del bisogno di appartenenza, della valutazione delle capacità del fanciullo. Tutti elementi di cui si deve tenere conto per incoraggiare un soggetto in età evolutiva,

ma che non si riferiscono a modalità in termini di «codice strutturale» e quindi appaiono difficilmente traducibili al di fuori del contesto esemplificato.

2) Il rilievo è alla luce di una critica costruttiva: esso infatti indica un modo di procedere intuitivo e la sua identificazione. Non a caso Dinkmeyer e Dreikurs parlano di processo e non di strategia o di metodo. Quello proposto appare simile a un «lavoro creativo» (Pareyson), artistico. Per analogia possiamo pensare che un maestro possa indicare quali pennelli e quali colori debbano essere usati: qui sta l'insegnamento diretto di tipo addestrativo; ma egli non può trasmettere all'allievo il suo «stile», il suo «fare come», perché la materia d'arte a cui sta lavorando con il «supporto tecnico» diventi un'opera d'arte. Il maestro può tutt'al più invitare l'allievo a un «come fare»; egli sta facendo, con la consapevolezza che il *modo di fare come* è individuale e irripetibile e che vi è un abisso fra «stile» e «maniera». È ciò che in fondo succede nel setting analitico; durante il tirocinio emotivo nel corso di un'analisi del profondo, mentre alcune regole sono acquisibili prescrittivamente, altri elementi non possono essere appresi per manieristica «imitazione ripetitrice», ma per «insight», con successiva rielaborazione. In questo discorso, per analogia, stanno sia il metodo, la strategia; sia l'eventuale innesco del processo di incoraggiamento; sia il credere o meno di poter trasmettere la capacità di «dare coraggio».

Giacché la psicopedagogia e la psicoterapia rientrano nelle scienze umane empiriche applicate, almeno parte delle tecniche e del metodo devono essere sufficientemente esibiti (il come fare), in modo che la «traduzione» possa essere recepita e possibilmente collaudata in setting garantiti che maturino «stili» terapeutici non semplicistici (il fare come).

3) È per questi motivi e con tale precisa significazione che non è possibile eludere entrambi gli aspetti di una strategia dell'incoraggiamento, appunto perché si è consapevoli che in qualsiasi approccio psicopedagogico, e ancor più psicoterapeutico del profondo, non esiste un «come fare» (se non per imitazione ripetitrice e quindi col pericolo di contraffazione) di per sé incoraggiante o scoraggiante, giacché si è edotti che gli «strumenti» saranno offerti dal tipo di relazione, dall'interpretazione, dal contesto e da altri parametri vagliati dal collaudo clinico e dalla critica del modello.

Tale critica è sempre vigile sullo stile del terapeuta, sulle finalità globali o parziali che si propone di raggiungere, su ciò che avviene all'interno della comunicazione terapeutica.

* * *

B) *Per una strategia dell'incoraggiamento*

B-a) Sembra tuttavia assai utile e metodologicamente corretto aprire queste notazioni con i suggerimenti psicopedagogici, da non imitarsi manieristicamente, di Dinkmeyer e Dreikurs. Essi sottolineano non solo gli aspetti positivi dell'incoraggiamento, ma anche quelli negativi: l'ira, la delusione, la compassione, gli atteggiamenti ipocriti, ecc. dell'adulto che possono distruggere in poco tempo una iniziale forma di costruzione.

Si riportano integralmente i nove punti di tali Autori.

1) Stimare il bambino com'è.

2) Dimostrargli fiducia in modo tale che il bambino possa avere fiducia in se stesso.

3) Credere nelle capacità del bambino, conquistarsi la sua confidenza e al tempo stesso formare gli strumenti al rispetto di se stesso.

4) Riconoscere un lavoro ben fatto. Elogiare gli sforzi compiuti.

5) Fare uso del gruppo per facilitare e incrementare la maturazione del bambino.

6) Integrare il gruppo in modo che il bambino sia sicuro della sua posizione all'interno dello stesso.

7) Aiutare il bambino a sviluppare le sue capacità seguendolo progressivamente, anche da un punto di vista psicologico, in modo tale da permettergli risultati positivi.

8) Riconoscere e mettere a fuoco le sue risorse.

9) Utilizzare gli interessi del bambino per accrescere la sua istruzione.

In pratica occorre che il genitore, l'educatore, l'insegnante, abbiano stima del ragazzo, non però di un ragazzo ideale, così come potrebbe diventare, ma cosí com'è nella sua dignità di individuo.

* * *

B-b) Si espone ora un'altra (ma non l'unica e non l'alternativa) strategia dell'incoraggiamento, che fa capo al *modello transmotivazionale*. Qui sono comprese anche talune sottotecniche che ivi possono afferire, purché si inseriscano nel metodo stesso.

Si indicano alcuni punti di riferimento per interventi di incoraggiamento a prevalente finalità psicoterapica: in ciò sta l'ampliamento del campo di intervento nei confronti del campione degli Autori citati, giacché essi si rivolgevano unicamente a ragazzi. Si sottolinea che questa parte del lavoro e quella successiva sulla «esemplificazione di quadri clinici» sono riportate ampiamente in una ricerca condotta con A. Gatti su «Considerazioni psicopatologiche e applicazioni cliniche in tema di strategie dell'incoraggiamento» (In Press).

I punti menzionati sono quattordici.

1) Eseguire un'anamnesi accurata: fisica, psichica e sociale.

Eventualmente dirimere dubbi col sussidio di test di livello e proiettivi o con la tecnica esplorativa del gioco (nei bambini).

2) Effettuare un attento esame medico, per sgombrare il campo da eventuali problemi di carattere somatico e sensoriale che possano condurre a sentimenti di inadeguatezza.

3) Non scoraggiare sistematicamente. Una strategia dell'incoraggiamento può anche partire dal suo «contrario»; vale a dire da ciò che non si deve fare. È un punto che rispetta anche la tendenza psicoterapeutica, in cui in genere si sottolinea che «prima di mettere è meglio iniziare col togliere». Giacché, come già scritto, il coraggio può essere inteso come uno specifico tratto radicato nel carattere: per analogia, la pusillanimità e i suoi equivalenti psicodinamici possono essere derivabili almeno parzialmente alla stregua di «apprendimento», con le condizioni che li regolano e con collaudi lungo la direzione dello scoraggiamento.

Per *processo di scoraggiamento* si intende quella serie di atteggiamenti e di comportamenti che non favoriscono lo sviluppo dei livelli motivazionali e quindi del sentimento sociale.

Una situazione di scoraggiamento può essere configurata in modo aspecifico (e globale) e con contenuti specifici, che interessano il sistema delle compensazioni.

Il processo di scoraggiamento può tra l'altro:

a) Non favorire la maturazione della personalità (insufficienza esistenziale del Torre).

b) Frustrare negativamente le compensazioni positive.

c) Rinforzare esageratamente le compensazioni negative (accentuando ad esempio un'abnorme volontà di potenza).

Tutto ciò porta ad aumentare le difese neurotiche, attraverso una ritualizzazione dell'inadeguatezza.

4) Inviare comunicazioni corrette. Questo parametro può essere articolato col punto N. 3.

a) Infatti, da un punto di vista comunicativo (Haley), il comportamento dello scoraggiamento è la rappresentazione di una incongruenza tra il livello di contenuto e il livello di metacomunicazione. Si potrebbe osservare che lo scoraggiamento del paziente, al pari dei sintomi che vengono sostenuti (ad esempio le fobie, gli insuccessi sessuali, ecc.), vengono perpetuati dal modo in cui questi agisce e dalle influenze delle persone con le quali è intimamente coinvolto.

b) Non incoraggiare le mète fittizie o quelle linee ritenute tali dal soggetto e non cònsone al principio di realtà.

c) Non creare un «doppio rapporto terapeutico» o peggio un «doppio legame»: come può succedere nelle situazioni borderline e nei soggetti molto fragili che tendono alla dipendenza. È opportuno stabilire un linguaggio «metacomplementare» (Watzlawich), tenendo presente che una delle tattiche terapeutiche dell'incoraggiamento dovrebbe portare il soggetto e gli «altri» a lui vicini a tendere a modificare gli atteggiamenti.

d) In una strategia di incoraggiamento si può invece giungere ad una *prescrizione paradossale* di segno positivo: all'interno di un contesto di aiuto, subordinato ai fini del superamento dell'ostacolo (o del sintomo), colui che chiede viene incoraggiato a comportarsi nel suo modo abituale (cioè secondo la modalità dello scoraggiamento) ed è sottoposto nello stesso tempo a una prova ardua che gli rende difficile l'utilizzazione delle sue abituali modalità di comportamento. La possibilità di rispondere a questa situazione paradossale è costituita da una risposta che l'individuo non aveva mai dato in precedenza: egli può allora incominciare a superare quei bisogni e quelle frustrazioni, passando a un livello motivazionale più maturo, mentre quello precedente era stato ripetitivamente contrassegnato, nel passato, dal suo scoraggiamento.

5) Sondare il livello motivazionale in cui si può situare la dinamica dello scoraggiamento e modulare le frustrazioni a seconda del grado di tolleranza.

6) Operare un'identificazione culturale dei referenti antropologici del coraggio, secondo le «allocazioni di status», inerenti alla sottocultura di appartenenza dell'individuo, ma anche in rapporto alla cultura in cui il soggetto è inserito.

7) Valutare il problema della distanza, con forniture di presenza (Ansbacher) e di empatia (Dreikurs), senza raggiungere gradi di coinvolgimento emotivo troppo elevati, che potrebbero addirittura bloccare il processo di incoraggiamento (azione paradossale di segno negativo della distanza troppo ravvicinata). La distanza «corta» è da utilizzarsi solo in casi di rischio suicidario o di gravi situazioni di crisi.

8) Portare specifica attenzione alla costellazione familiare e sociale, alle relazioni affettive personali, ai rapporti sessuali, alle situazioni lavorative. Cercare di cogliere tanto gli aspetti di uno scoraggiamento sistematico, quanto gli atteggiamenti ipergratificanti, che portano a un indebolimento del coraggio e del sentimento sociale.

9) Analizzare i primi ricordi, le libere associazioni, i sogni ricorrenti, le specifiche difese e i sintomi che le esprimono.

10) Interpretare non tanto secondo una rigida ortodossia, quanto secondo un'ortodossia flessibile, secondo il finalismo dei sintomi, lo smascheramento selettivo delle mète fittizie, l'analisi delle situazioni storiche, ecc. Si può giungere a un'interpretazione di transfert in casi particolari, quando il processo di incoraggiamento si è sufficientemente consolidato (Rovera, Ferrero).

11) Estrema consapevolezza dei movimenti di traslazione e di controtraslazione, specie a livello di resistenze nel corso di analisi (ad esempio prolungati silenzi o transfert di difesa erotizzati o massiccio rifugio in ipervalutanti fantasie compensatorie, ecc.) che possono indicare, specie quando si incominciano ad interpretare sistematicamente le difese, un progressivo scoraggiamento da parte del soggetto. In questi frangenti è opportuno sospendere, almeno temporaneamente, questo tipo di «direzione» interpretativa.

12) Rifuggire da una strategia sincretistica che utilizzi indiscriminatamente e farraginosamente un'accozzaglia di sottotecniche imparaticce (di rinforzo, di rilassamento, di desensibilizzazione, di suggestione, di ipnosi) pur di ottenere un qualsivoglia, ostensibile risultato. Oltre a rilevare il carattere ingenuo di taluni interventi, ciò può accentuare nell'individuo, dopo un primo momento di euforia, lo stato di scoraggiamento.

L'uso di sottotecniche particolari va inserito — se del caso — con grande professionalità, con ottima preparazione e con profonda esperienza analitica, onde evitare reciproche manipolazioni (Haley, Rachman, Seligman, Milton, Erikson, ecc.).

13) Quanto affermato nei precedenti punti permette di procedere mediante una transmotivazione, cioè un'integrazione funzionale dei livelli motivazionali attraverso successivi insight e collaudi responsabilizzanti. Il paziente è il protagonista dell'«azione terapeutica»; egli deve considerare la ripresa di singole iniziative: questo può essere un elemento che rinforza l'area della sicurezza, dell'autostima e quindi del coraggio.

14) La transfinalizzazione o metanoia perfeziona e arricchisce la transmotivazione: è il tendere a un cambiamento del «sistema dei fini», non più fittiziamente idealizzati, ma inseriti in un'autentica progettualità (Rovera). È una mèta a cui concretamente mirare, più che non un traguardo da tagliare trionfalmente. Essa è infatti piuttosto raffigurabile come un cammino, quello della vita, ed è quindi il coraggio di accettarsi così come si può essere, piuttosto che come idealmente e onnipotentemente si sarebbe voluto diventare; o nelle fantasie infantili o nelle fantasie analitiche.

L'elaborazione di questo punto è in relazione alla posizione depressiva, è il coraggio di accettare i propri limiti, la forza creativa che da ciò può derivare, ed è anche un'apertura autentica verso l'Altro.

* * *

B-c) Dalla rapida carrellata dei punti esaminati, si evince che, mentre una tecnica di incoraggiamento può essere rivolta a una singola condotta, una strategia d'incoraggiamento non può che prendersi cura dell'individuo scoraggiato.

I vari strumenti di incoraggiamento, anche se utilizzati partitamente, dovrebbero quindi rientrare in un modello coerentemente e precedentemente strutturato. Anche se si vuole iniziare dal recupero di un comportamento disadattato, non si può non avere la visione della «rete» complessiva del disagio, di ciò che esso ci trasmette e di ciò che esso comporta.

* * *

C) *Problemi di formazione*

1) Direttamente legato a una strategia dell'incoraggiamento è il problema della formazione di coloro i quali utilizzano strumenti in questa direzione. È probabile che ciascuno di noi possa avere buone potenzialità

nell'incoraggiare, così come molti hanno potenzialità psicoterapeutiche. Ma un conto è concordare con Dinkmeyer e Dreikurs quando discutono tale argomento a livello di pedagogia correttiva; mentre un discorso a parte è quello di avere acquisito una consapevolezza particolare (quella analitica) che va oltre, anche se non contro, l'uso di una certa sensibilità e di certi scopi focalizzati su talune forme di scoraggiamento.

Se quindi condividiamo con taluni Autori la necessità che la metodica sia attuata da persone preparate, — sia sui principi della tecnica ma anche psicologicamente sulle difficoltà che possono insorgere nell'applicarla — non ci sentiamo invece di accogliere totalmente le loro affermazioni, quando essi scrivono che: «Tutti gli educatori, tutti gli insegnanti (tutti i genitori) possono imparare a dare coraggio, trattandosi a volte solo di conoscere un po' meglio i ragazzi e se stessi.» La nostra parziale ipoteca su questo ottimismo proviene dal fatto che il più delle volte la concausa scatenante, se non la causa efficiente dello scoraggiamento, deriva specificamente da quegli adulti significativi, che agiscono in particolari contesti e che promuovono, spesso inconsciamente, lo scoraggiamento dei «loro» ragazzi, a cui poi dovrebbero consciamente «dare coraggio».

2) Se è vero che il nido delle nevrosi è la famiglia, e lo scoraggiamento si consolida poi in altri «nidi» (quali la scuola, i gruppi sociali, lavorativi, ecc.), come si può pensare che sia tanto facile l'apprendimento di un processo di incoraggiamento «correttivo» da parte di coloro che favorirono uno scoraggiamento «preventivo»? Senza contare che ira, rabbia, sconforto, sono spesso mal controllati dai genitori e dagli educatori, o peggio codificati e spediti con la tecnica del «doppio messaggio», la quale non può che confondere e scoraggiare il già fragile ricevente.

È pur vero che su un piano di realtà il coraggio viene inteso come la capacità di guardare a una situazione o ad un compito nel termine di possibili azioni e interventi, di prodursi al superamento di eventuali difficoltà senza esagerarle e senza minimizzarle, mantenendo quindi la possibilità di «giudicare» obiettivamente e serenamente la «realtà»; ed è pur vero che è coraggioso chi agisce senza mète fittizie, chi non perde troppo tempo a recriminare, a compiangersi, a sviluppare comportamenti diretti a ottenere la compassione altrui; e ancora che il campo d'azione dell'uomo coraggioso è quello sociale, dove azioni e motivazioni si confrontano.

Tutto ciò tuttavia va ben lontano dalla «realtà della realtà» (Watzlawick) che si esprime attraverso l'atteggiamento psicologico di una persona profondamente scoraggiata, specie quando ciò non riguarda un disadattamento infantile e/o transitorio, ma una struttura difensiva ad esempio di tipo neurotico.

3) Quindi, nel corso dei cicli di sviluppo, incoraggiare un soggetto, che presenti una crisi situazionale o di crescenza, può ben essere rapportato a un procedimento che miri a restituire al soggetto la fiducia in se stesso e nelle sue possibilità, il senso di appartenenza, le premesse per un mutamento di qualità della sua vita, ecc.

Questo incoraggiamento può concretarsi quasi fisiologicamente attraverso un «circolo virtuoso», specie durante l'età evolutiva, ma così non è quando già vi siano difese e sintomi nevrotici strutturati che sono espressione di un «circolo vizioso», il quale facilita il radicamento di una cronica situazione di scoraggiamento. Qui il processo di maturazione deve praticarsi attraverso una strategia d'intervento molto più complessa e differenziata.

Alla stessa stregua il volonteroso genitore, o insegnante, o consulente — in chiave psicopedagogica — dovrà essere affiancato da un operatore che abbia una completa formazione psicoterapeutica, unita alla specifica competenza e alla sensibilità che i problemi dell'incoraggiamento comportano.

La varietà e la complessità dei quadri clinici in cui si può intervenire con strategie dell'incoraggiamento confermerebbero queste ipotesi iniziali, che non tolgono nessun merito ai pionieri del processo di incoraggiamento. Anzi è sulla base delle loro osservazioni che si possono oggi sviluppare tematiche come le presenti.

4. ESEMPLIFICAZIONE DI QUADRI CLINICI, OVE POSSONO ESSERE INSTAURATE STRATEGIE DI INCORAGGIAMENTO

Sebbene le strategie dell'incoraggiamento, tra cui quella transmotivazionale qui suggerita, trovino la loro peculiare applicazione nell'ambito delle psiconevrosi e nei soggetti fragili, gli assunti teorico-pratici che le promuovono possono essere utilizzati in situazioni psicologiche e in quadri clinici assai diversi.

Ci si rende conto che le variazioni nell'ambito dei «sistemi di incoraggiamento» possono essere molte, ma non tali comunque da condurre modificazioni sostanziali alle ipotesi di partenza: a meno che non cada (il che è possibile in un discorso scientifico) lo schema di riferimento e che questo venga sostituito da un altro paradigma più soddisfacente.

Per quel che qui ci compete, sarà invece necessario applicare con flessibilità le complesse articolazioni proposte, adattandole e finalizzandole alle particolari situazioni individuali e alle sindromi cliniche.

Allo stesso modo l'impegno per la formazione degli operatori non deve venire meno a quei cardini fondamentali di coerenza metodologica e di tirocinio emotivo, che appaiono essere in qualche modo di garanzia per una corretta strategia di incoraggiamento. Ma anche qui si può giungere a una diversificazione formativa, quando le esperienze storificate di scoraggiamento sono sempre più numerose e spesso richiedono interventi di counselling, di psicoterapia in senso stretto, o di altri tipi di intervento.

Lo schema che qui si traccia è un elenco incompleto che ha l'unico intento di porre l'attenzione sulla molteplicità dei contesti e delle evenienze cliniche, in cui può essere utile una strategia di incoraggiamento.

Una particolare trattazione riferibile al seguente schema è effettuata in un altro lavoro (Rovera e Gatti).

— *I disadattamenti della prima infanzia*
— *Il soggetto scoraggiato e la costellazione familiare*
— *L'individuo scoraggiato nel contesto scolastico e nel gruppo dei coetanei*
— *Gli handicappati fisici, psichici, sensoriali*
— *Gli individui con problematiche psicosessuologiche emergenti*
— *Gli alcoolisti e gli altri tossicodipendenti*
— *I pazienti a rischio somatico elevato*
— *I pazienti con malattie croniche debilitanti*
— *I pazienti che abbiano subito interventi chirurgici mutilanti*
— *Gli ospiti di istituzioni totali*
— *I dissociali*
— *Gli anziani.*

Oltre alle situazioni surriferite possono essere considerate altre sintomatologie psichiatriche (*psiconevrosi, psicosomatosi, psicosi,* etc.) in cui può essere variamente applicata o associata una strategia dell'incoraggiamento.

* * *

5. CONSIDERAZIONI CRITICHE

A) La presente relazione ha avuto l'intento di fornire un contributo all'analisi di alcune concezioni fondamentali della Psicologia Individuale: il coraggio e i suoi contrari, l'incoraggiamento e un suo impiego in psicoterapia; il sentimento sociale. Si è ritenuto opportuno tentare preliminarmente una definizione di coraggio, per poi affrontare il tema dell'incoraggiamento: anche se largamente utilizzato in modo aspecifico, esso sembra potersi costituire come approccio terapeutico complesso e articolato, specie se si fruisce del paradigma adleriano. Qui più che un «processo» si propone una possibile «strategia» dell'incoraggiamento, la quale implica il superamento delle frustrazioni negative, mediante l'integrazione funzionale dei livelli motivazionali (biologico, psicosociale, individuale-valoriale). Tale modello teorico-pratico, che viene denominato «transmotivazionale», trova numerosi campi applicativi, tanto in psicopedagogia, quanto in psicoterapia. Eventuali variazioni del modello attuale, per esigenze cliniche, non vengono considerate anomalie del paradigma, e quindi non appaiono incompatibili con esso.

* * *

B) Le regole dell'incoraggiamento e dello scoraggiamento possono essere operativamente stabilite sulla base della configurazione concettuale del coraggio. Il processo di incoraggiamento, in questa direzione, è spesse

volte riduttivo o generalizzante; ma, qualora si sia sufficientemente coerenti in rapporto agli assunti di base, non appare così vago o indeterminato da non rendere possibile una sua demarcazione.

Si deve innanzitutto prendere in considerazione la frequente eventualità di non scoraggiare sistematicamente e di non incoraggiare «selvaggiamente», per non indurre atteggiamenti di ipercompensazione negativa, di rinforzo delle difese caratteriali, di spostamento sintomatico, ecc.

L'analisi dello scoraggiamento si riferisce a quei soggetti, nella cui *rete esistenziale* vi siano dei nodi (e dei legami fra questi), particolarmente negativi: sia rispetto a condizioni attuali e più ancora a conflitti psicologici profondi.

I sintomi, quali segnalatori semeiologici, sono spesso da considerare come difese contro lo scoraggiamento. Evitare lo scoraggiamento sistematico vuol dire non somministrare intollerabili frustrazioni negative, non interagire attraverso disconferme e squalifiche transazionali, utilizzare un sistema comunicativo corretto, non prevaricare attraverso un'aggressività distruttiva (anche se celata), i bisogni della domanda.

* * *

C) L'intreccio tattico-sematico-pragmatico, che è alla base di ogni strategia dell'incoraggiamento, viene espresso dalla grande quantità di interventi terapeutici, non sempre sufficientemente collaudati.

In tema di incoraggiamento si possono distinguere *tre fasce di intervento*, eventualmente coniugabili reciprocamente.

1) *La prima fascia* è molto diffusa, anche se presenta caratteristiche con finalità limitate, fondate sulla persuasione (versus suggestione), prevalentemente sintomatiche, per lo più di superficie e con risultati transitori. Il rischio di ampliare il significato del coraggio e di conseguenza dell'incoraggiamento è un ostacolo da non sottovalutare, qualora non si assegnino precisi limiti teorico-metodologici.

2) *La seconda fascia* di interventi sta nell'assunto di una psicologia del profondo come la I.P., che non mira solo a raggiungere nel soggetto un superamento dell'angoscia, della paura, della disistima, mediante il conseguimento di una o più condotte ritenute coraggiose; ma che si propone di intervenire mediante un incoraggiamento strutturato, riferibile a una revisione dello stile di vita individuale e a un incremento del sentimento sociale.

È un trattamento che utilizza una strategia articolata e che trova nel rapporto interpersonale analitico il «setting» privilegiato, sebbene interventi analoghi possano applicarsi per «derivazione» e possibilmente in «supervisione» a contesti relazionali differenti (coppia, famiglia, scuola, lavoro, comunità, ecc.).

Ciò che è indispensabile valutare è che una strategia di incoraggiamento demarca meglio il processo di una strategia transmotivazionale. L'intervento potrà variare non solo inizialmente, da caso a caso, ma pure nello

stesso soggetto, nell'arco dei vari cicli evolutivi e nel corso dell'intero trattamento, con focalizzazioni e con modulazioni differenti. Generalmente si andrà dapprima «lungo le difese» e solo in un secondo tempo, qualora vi siano precise indicazioni (ad esempio un «insight» adeguato, unito a una sufficiente forza psichica), contro le difese: dallo smascheramento delle finzioni, sino all'interpretazione delle resistenze di traslazione.

3) V'è da sottolineare una *terza fascia*, che non si riconosce all'insegna di un eclettismo. Ciò presuppone una notevole flessibilità, a livello della analisi del controatteggiamento, di una particolare capacità di ascolto, di un'attitudine e di un'esperienza quando vi sono importanti problemi o distanze; o di età, o di setting, o di comunicazione, ecc.

Qui possono essere fruibili molteplici sottotecniche, purché esse siano «afferenti» a una strategia articolata come quella transmotivazionale.

* * *

D) Per terminare, sembra illuminante riportare il pensiero di Adler, quando afferma che non serve a nulla dire a un paziente che egli soffre di un sentimento di inferiorità, sperando che solo per questa constatazione scompaia l'inadeguatezza. Così come è inutile, se non talora dannoso, proporre i «segni» del coraggio a persone che sono scoraggiate, perché essi non possono essere utilizzati.

Una qualsivoglia strategia dell'incoraggiamento, anche se le «linee» possono talora apparire semplificabili, tende sempre a passare nel crogiuolo di una maturazione motivazionale (transmotivazione) e ad un profondo riorientamento teleologico (transfinalizzazione).

Attraverso il vissuto di motivazioni personali-valoriali il coraggio si unisce al sentimento sociale e può diventare allora anche un coraggio di fronte al «senso della vita».

BIBLIOGRAFIA

ADLER A.: « Il temperamento nervoso » (1912), Newton Compton, Roma, 1976.

ADLER A.: « La Psicologia Individuale » (1920), Newton Compton, Roma, 1970.

ADLER A.: « Psicologia Individuale e conoscenza dell'uomo » (1927), Newton Compton, Roma, 1975.

ADLER A.: « La Psicologia Individuale nella scuola » (1929), Newton Compton, Roma, 1979.

ADLER A.: « Psicologia dell'educazione » (1930), Newton Compton, Roma, 1975.

ADLER A.: « Psicologia del bambino difficile » (1930), Newton Compton, Roma, 1973.

ADLER A.: « Le sens de la vie » (1933), Payot, Paris, 1975.

AGAZZI E.: « Il problema della caratterizzazione conoscitiva della normalità e della devianza », Atti, Conv. Psicopat., Verona, 1977.

ALLPORT G.W.: « Divenire » (1955), Giunti e Barbera, Firenze, 1968.

ANSBACHER H.L. and R.R.: « The Individual Psychology of A. Adler », B.B., New York, 1956.

DINKMEYER D., DREIKURS R.: « Il processo di incoraggiamento » (1963), Giunti e Barbera, Firenze, 1974.

DREIKURS R.: « Psicologia in classe » (1961), Giunti e Barbera, Firenze, 1972.

DREIKURS R.: « I bambini, una sfida », Ferro, Milano, 1969.

ERIKSON ERIK H.: « Infanzia e società » (1963), Armando, Roma, 1967.

ERIKSON MILTON H.: « Le nuove vie dell'ipnosi » (1967), Astrolabio, Roma, 1978.

FROMM H.: « Anatomia della distruttività umana » (1973), Mondadori, Milano, 1975.

HALEY J.: « Le strategie della psicoterapia » (1963), Sansoni, Firenze, 1974.

HARTMANN H.: « Psicologia dell'Io e problema dell'adattamento » (1958), Boringhieri, Torino, 1976.

MASLOW A.: « Motivazione e personalità » (1951), Armando, Roma, 1973.

PARENTI e Coll.: « Dizionario ragionato di psicologia individuale », Cortina, Milano, 1975.

PAREYSON L.: « Estetica. Teoria della formatività », Zanichelli, Bologna, 1960.

PIAGET J.: « Lo strutturalismo » (1968), Il Saggiatore, Milano, 1973.

RACHMAN S.J.: « Fear and courage », Freeman, San Francisco, 1978.

ROVERA G.G.: « Contributo al problema della frustrazione scolastica », Riv. Psic. Ind. III, 3, 1975.

ROVERA G.G.: « La individual psicologia: un modello aperto », Riv. Psic. Ind. 5-6, 1977.

ROVERA G.G.: « La psicoterapia quale situazione di crisi ». In: « La psicoterapia nelle situazioni di crisi » (V. Volterra), Il Pensiero Scientifico, Roma, 1977.

ROVERA G.G.: « Psicodinamica della violenza ». In: « La violenza interpretata », a cura di R. Villa, Il Mulino, Bologna, 1979.

ROVERA G.G.: « Mete fittizie e metanoia ». In: « Finalità della psicoterapia », a cura di V. Volterra, Patron, Bologna, 1981.

ROVERA G.G., FERRERO A.: « Notazioni critiche sul concetto di interpretazione in psicoterapia ». In: « Il sistema aperto della Individual-Psicologia », Cortina, Torino, 1979.

ROVERA G.G., GATTI A.: « Considerazioni psicopatologiche e applicazioni cliniche in tema di strategie dell'incoraggiamento » (In Press).

SELIGMAN M.E.P.: « Helplessness », Freeman, San Francisco, 1975.

TORRE M.: « Psichiatria », UTET, Torino, 1969.

WATZLAWICK P.: « Il linguaggio del cambiamento » (1977), Feltrinelli, Milano, 1980.

COMUNICAZIONI

FRANCESCO CASTELLO

OMOSESSUALITÀ COME CONTROFINZIONE FITTIZIA. UN'ANALISI INTERROTTA

Uno stile di vita può essere ricco di aspetti multiformi, talora apparentemente contraddittori, i cui contenuti ed il cui interagire dinamico, nell'ambito del processo analitico, debbono essere visti come parti di un insieme che comprende e contiene anche l'analista. Ciò pone in serio dubbio la praticabilità di una posizione «neutrale» del medesimo; tuttavia noi riteniamo che, nell'interesse del paziente, l'analista debba assumere una posizione di neutralità ed una identificazione operativa. Tutto questo viene a costituire un sistema polilogico che contiene:

1) stile di vita del paziente e suo modo di rapportarsi all'analista;

2) stile di vita operativo dell'analista con le varie implicanze controtransferali;

3) transfert del paziente e variazione delle sue espressioni nelle verbalizzazioni, che sono anche modi di agire;

4) agire del paziente sotto l'influsso del transfert, nella vita reale.

Questi vari aspetti, che costituiscono parte di quel tutto che sono il paziente col suo mondo e l'analista col suo compito, vengono affrontati grazie ad una metodologia di approccio collaudata da numerose esperienze cliniche e scientifiche, messe in atto da analisti adeguatamente formati alla scuola della psicologia individuale.

Questa premessa ha lo scopo di fornire una sorta di griglia-schema, multidimensionale e polilogica, per mezzo della quale «leggiamo» ed interpretiamo i discorsi e gli atteggiamenti di un paziente, specie quando questi venga a proporre tematiche con un alto grado di apparente contraddittorietà, confluenti nel ricorso a compensazioni che rientrano nell'ambito delle controfinzioni fittizie rafforzate, nelle quali prevalgano, ad esempio, le componenti «agite».

È il caso di un uomo di 28 anni, che da circa due anni ha una relazione omosessuale con un partner, col quale convive. Il paziente, quando arriva la prima volta nel mio studio, è molto ansioso; dice di soffrire enormemente per le difficoltà che il rapporto col partner gli crea nelle relazioni con gli altri, di fronte ai quali si sente obbligato a cercare di nascondere il suo modo di vivere attuale; d'altra parte, sente di desiderare intensamente la presenza di amici e di amiche. Queste ultime, in particolare, mostrano di essere sensibili al suo ascendente, di gradire la sua compagnia. Lui si sente limitato dal non poter mandare questi rapporti più in là del semplice livello occasionale.

Riferisce di essere andato via dalla casa dei genitori dieci anni fa, per arruolarsi nella marina militare, dove è rimasto per sei anni. I genitori sono ancora viventi, conducono un'esistenza agiata con i proventi di una attività commerciale. Ha una sorella sposata, di tre anni maggiore di lui.

Ha sempre provato avversione per il padre, che descrive come un debole, capace solo di saltuari scatti aggressivi.

All'età di sedici anni iniziò ad avere rapporti sessuali con la segretaria, allora trentenne, del padre. La relazione, in cui si sono alternate fasi di assiduità e di sporadicità, è finita da pochi anni.

Il comportamento scolastico del paziente è stato discontinuo: terminate le elementari, insistè con la madre per essere mandato alle medie in un collegio di Milano (da Sanremo, dove abitava la famiglia); accontentato, vi rimase pochi giorni e poi dovette essere riportato a casa. Interruppe gli studi liceali a 18 anni. Dopo l'arruolamento in marina si rimise a studiare, conseguendo il diploma di perito elettrotecnico.

Qualche mese prima di congedarsi, durante un ricovero in ospedale, conobbe una giovane infermiera, con la quale avviò una relazione sfociata in convivenza; lui però rifiutò sempre di prendere in considerazione l'idea del matrimonio. Nel frattempo, la ragazza, anche col suo contributo, aveva trovato un altro lavoro, di tipo commerciale, che l'aveva condotta ad estendere molto le sue conoscenze. Lui, per un lato la spronava ad impegnarsi sempre più nel suo nuovo modo di vita, per un altro ne era geloso e si sentiva escluso; le tensioni e le liti erano in crescendo continuo e dopo tre anni di convivenza, si separarono. Poco dopo iniziò il rapporto omosessuale.

Sempre nel corso della prima seduta, il paziente accenna ad una sua intensa attrazione per una donna sposata, che lavora nella ditta dove è impiegato; si sente molto turbato e molto in colpa. Mentre discutiamo il piano di lavoro (giorni, orari) per l'avvio dell'analisi, mi confida che, in precedenza, aveva pensato di andare da una psicoterapeuta di sesso femminile, ma che, dopo aver parlato con me al telefono per fissare l'appuntamento, si era sentito rassicurato ed aveva abbandonato il primo progetto. Aggiunge di credere che lui ed il partner siano come fratelli. Spera di trovare da me un aiuto, perché lui è continuamente in ansia, ha paura della solitudine, deve sempre dipendere da qualcuno, si trova frequentemente a lasciare il vecchio per il nuovo, si stufa di legarsi, ma ai cambiamenti non consegue alcun incremento della sua felicità.

Esaminiamo alcuni dati emersi nel corso dell'analisi:

I primi ricordi.

Si vede nel corridoio di casa sua, dopo un trasloco. C'è un lampadario con delle palle. Ci pensa sovente.

Quando aveva imparato ad andare in bicicletta.

Gli piaceva giocare con le pistole. La madre glielo vietava ed una zia gliele comperava di nascosto.

A sei anni, giocando con una cugina un po' più grandicella di lui, aveva provato un senso di piacere accompagnato da erezione.

Una volta era salito su un albero e poi non aveva avuto il coraggio di scendere. Si mise a piangere, dicendo di essersi fatto male. Qualcuno gli praticò un massaggio nella regione dell'osso sacro; provava piacere e vergogna.

Senso di ripugnanza per il padre, quando questi esigeva di essere salutato con un bacio.

Il padre, a tavola, che gli dà una sberla.

La madre era molto rigida nei divieti. Non gli consentiva di comperare le gomme da masticare. Lui, a scuola, quando ne trovava di usate nei gabinetti, le raccoglieva, le lavava e se le metteva in bocca. Raccontandolo dice: «Mia madre mi costringeva a fare questo».

Il vissuto e l'evoluzione dell'analisi.

Nel corso delle sedute esprimeva ripetutamente sentimenti di ostilità per le persone che più considerava vicine a lui: il partner, la madre, il padre, mentre teneva a proclamare la sua disponibilità e fiducia nei miei confronti. Frequentemente parlava dei fatti della giornata: i comportamenti del partner, della collega di lavoro che si atteggiava con lui in modo invitante, i suoi timori e le sue voglie. Quando avvertiva intensi desideri per una donna li descriveva in termini di sofferenza.

Un giorno accennò al fatto di aver sempre avuto una forte tendenza alla eiaculazione precoce: «Basta che una donna mi tocchi, anche nel corso di una normale conversazione, perché vi sia l'eiaculazione». Invece, nel rapporto col partner, questo non accadeva. In quel momento era maturata la possibilità di interpretare e individuare un suo sentimento di inferiorità ed il significato della compensazione omosessuale.

I sogni, frequenti e ricorrenti, erano caratterizzati dalla sistematica presenza di immagini di donne molto attraenti, che però lui non riusciva mai a raggiungere; frequentemente erano accompagnati da polluzioni. Riferiva di provare, al risveglio, sensazioni penose di fallimento, e si affannava ad esternare con rabbia la sua contrarietà per tutto questo, che era tanto in contrasto con le sue scelte e con quelle che riteneva fossero le sue tendenze. Quando rispondevo ai racconti dei suoi sogni dicendo che sembravano esprimere dei suoi desideri, tenuto conto di come lui partecipava pienamente alla sua produzione onirica, la sua resistenza innescava un meccanismo di competizione. Lo sviluppo di questa si tradusse nel partecipare ad una serie di riunioni di un gruppo Reichiano, nel corso delle quali si trovò ad avvicinare una giovane donna, che, per il tipo di setting seguito, avvertì prima come sorgente di contatto fisico eccitante che come persona con cui rapportarsi. Il piacere che provava era per lui sorprendentemente non turbato da sensi di colpa. Pur nell'ambito di una situazione molto complicata, vissuta all'insegna del proibito ed irta di difficoltà anche reali, il paziente avviò una relazione con questa donna e cominciò a maturare l'idea di interrompere il rapporto omosessuale. Dopo

circa due mesi, si era trasferito in una casa acquistata con i suoi risparmi, dove riceveva frequenti visite dell'amica. Nel contempo aveva rinsaldato i rapporti con la madre.

La relazione terapeutica, in quella fase in modo particolare, era caratterizzata da ambivalenza fondata sulla volontà di potenza. Il paziente veniva, anche esplicitamente, a chiedere per sé il potere che mi attribuiva, ma che aveva grandi difficoltà a condividere con altri, me compreso. La dinamica presentava spunti antitetici, del tipo: ho bisogno dell'analista e ciò scatena in me sentimenti di inferiorità che non sopporto; la soluzione-compensazione nevrotica era rappresentata dalla tendenza a finzioni onnipotenti che si concretizzavano in tentativi di manipolazione (cambiare orario, arrivare in ritardo alle sedute, disertarle) o di fuga. In un momento in cui si trovava alle prese con un altro problema di competizione, rappresentato dalla prospettiva di dover incontrare il marito della sua amica, mi chiese di interrompere l'analisi. Accettai la richiesta, specificando che il mio era un atto di risposta rispettoso della sua «azione» di richiesta; la mia disponibilità a riprendere eventualmente l'analisi era comunque confermata.

Non accade quasi mai, nel riferire di un'analisi, di riuscire a descriverla compiutamente; ciò viene ovviamente a determinare la creazione di spazi d'ombra e la enfatizzazione di alcuni aspetti e sottolineature. Credo però che quanto riferito sia sufficiente per chiarire il significato della omosessualità di questo paziente, intensamente orientato alla ricerca del piacere ed all'evitamento delle frustrazioni, con una esperienza familiare non adeguatamente capace di aiutarlo ad acquisire sicurezza e sentimento sociale e molto ricca, invece, di spunti iperprotettivi e scoraggianti. La personalità imprevedibile del padre aveva contribuito ad alimentare sentimenti di paura e di evitamento, e ad inserire nel suo piano di vita il proposito «di non essere mai come lui». Tutto questo è però indicativo di una intensa identificazione nel padre, con rivolgimento nel contrario, la madre. Infatti, quest'ultima gli è sempre apparsa come efficiente, più coerente, ma non gratificante, ed anzi come colei che lo «costringeva» a fare cose ripugnanti (ricordo delle gomme da masticare).

La personalità narcisistica del paziente, pur non presentando situazioni di handicap psichico evidente, è molto intensamente connotata. Egli ha scarsissime capacità di sentimento sociale, tanto da arrivare a costruirsi il trabocchetto della omosessualità per sfuggire ai coinvolgimenti di un eventuale vero rapporto affettivo. D'altra parte, non riesce a distribuire i suoi sentimenti su una gamma di oggetti di rapporto: l'avvio della relazione con la ragazza lo persuade del suo disinteresse e della sua ripugnanza per il partner omosessuale, ma lo conduce anche a rompere il rapporto analitico, che ritiene gli faccia bene, ma al quale si ribella.

La funzione dell'analista è stata quella di un supporto attivo, mediante il quale ha potuto scoprire in sé il coraggio di lasciar sviluppare le sue spinte al piacere, senza dover immediatamente darsi alla fuga per evitare delle paure.

Credo che, sul piano pratico, questa vicenda analitica sia di valore non irrilevante, dal momento che è riuscita a condurre il paziente a provare, proprio seguendo il suo stile, quelle sensazioni e quelle esperienze dalle quali aveva cercato di difendersi, trincerandosi dietro la controfinzione fittizia della pratica omosessuale, che gli riconfermava una sorta di «predestinazione» al fallimento, alla fuga, alla instabilità.

Il caso è anche indicativo di un importante problema metodologico: il paziente che viene da noi definendosi omosessuale, potrebbe farlo perché questo aspetto della sua identità non è affatto genuino ed anzi, proprio per la sua artificiosità, viene ad essere una delle più pesanti autoimposizioni che un narcisista fa a se stesso.

L'analista può accettare tale identità, o porla in dubbio. Direi che l'analista può e deve, di fronte alle tematiche sessuali esposte da un paziente, mantenere un atteggiamento di interessata comprensione, che però rifiuti ogni etichetta, anche la più visibilmente messa in mostra. Ho rilevato, nell'ambito della mia casistica personale (che per la sua relativa esiguità non mi consente generalizzazioni), che questa strategia terapeutica può produrre scoperte o riscoperte dell'interesse eterosessuale, con acquisizione di stili di vita meno conflittuali, da parte di soggetti che, anche da tempo, praticano la omosessualità in modo conclamato e continuo (in situazioni di convivenza con partners, ecc.).

Credo che se un analista adleriano svolge il suo lavoro ispirandosi alla necessaria correttezza metodologica, che implica anche il senso della responsabilità di aiutare una persona a conoscersi affinché possa esprimere il sentimento sociale, e di conseguenza le sue potenzialità di rapportarsi al reale, l'analisi possa essere qualcosa di ben più costruttivo di una pericolosa avventura. Per questo ritengo importante richiamare il concetto di Erikson della tolleranza-indignazione quale aspetto delle dimensioni irrinunciabili del processo analitico; possiamo e dobbiamo affrontare l'avvio dell'analisi di casi così pesantemente connotati sul piano di sintomi «agiti», con la prudenza e la decisione necessarie a consentirci di scoprire le «fughe verso soluzioni fittizie», in grado di produrre risonanze totali sulla personalità dei nostri pazienti.

Direi che in questi casi è particolarmente in gioco la funzione diagnostica dell'analisi, intesa non come sua prima fase, ma come componente insostituibile e costante del processo, che di fatto determina, momento per momento, gli atteggiamenti dell'analista e la sua condotta «terapeutica».

A. MASCETTI - F. MAIULLARI

L'ANALISI DELLO STILE DI VITA, MOMENTO CRUCIALE E UNIFICANTE DI OGNI INTERVENTO PSICOTERAPEUTICO ADLERIANO

L'originale concezione adleriana dello «stile di vita» ci mostra in maniera riconoscibile e inequivocabile, più di ogni argomentazione accademica sull'origine del suo pensiero e sui contributi a lui offerti da altri autori, come l'ideatore della Psicologia Individuale abbia brillantemente risolto i dilemmi abituali, che oppongono le modalità teoriche d'approccio a quelle pratiche d'intervento in ogni costruzione psicologica o psicoanalitica. Lo stile di vita di ognuno è visto come il punto di incontro tra le sue fantasie realizzative e le sue reali capacità di raggiungerle.

È l'insieme di tutte le tattiche sperimentate, poste al servizio della strategia di fondo ideata dal soggetto, per superare le difficoltà incontrate e per raggiungere la mèta prefissata.

Gli assunti di base della visione adleriana dell'uomo sono racchiusi nelle varie modalità espressive dello stile di vita di ognuno di noi.

Ecco allora che lo stile di vita di ciascuno appare individuale, unico, scelto, creato, collaudato, dinamico, perennemente in bilico fra il desiderio di successo nei confronti dell'altro e il bisogno dell'altro; giocato sempre in un contesto fittizio e di sogno, nella ricerca di una realtà da conquistare.

A noi sconosciuto, inconsapevolmente vissuto, dalle finalità segrete, è la nostra lama e il nostro scudo; è il nostro segnale, più avvertito dagli altri che da noi stessi.

Dove il conscio e l'inconscio, il concreto e l'astratto, il sublime e il quotidiano si fondono con incessante attività volta a uno scopo, a una mèta, che assume alla fine i caratteri e i segni della trascendenza, della metafisica. O forse religiosità tutta umana che trova le sue scaturigini nell'idea dell'uomo, che non vuole soccombere alle sue debolezze, che non vuole abdicare ai suoi compiti fondamentali, che cerca di promuovere il suo destino e di realizzare i suoi disegni di affermazione e di comunione.

La Psicologia Individuale, d'altro canto, è una psicologia pragmatica, concreta, centrata su obiettivi fondamentali per l'uomo che cerca una risoluzione pratica, conveniente, utile, dei suoi problemi.

Ogni modalità, ogni tecnica psicoterapeutica, che voglia definirsi adleriana, sia essa individuale o di gruppo, di breve o di lunga durata, discretamente praticata nel chiuso di uno studio o all'aperto giocata coi modi dello psicodramma, deve fatalmente imbattersi nello stile di vita presentato

dal soggetto. Modalità essenziale, esistenzialmente pregnante, tipica di ognuno, carica di destino e di storia, semplice nella sua multiformità, chiara nella sua elusione, vigile nella sua dimenticanza. È il nodo da sciogliere, il bandolo della matassa da srotolare, il centro delle conflittualità nevrotiche.

Non è possibile gestire un rapporto psicoterapeutico di stile adleriano, senza tale qualificante ricognizione, senza dover rendere chiaro e leggibile il nostro modo relazionale, il succedersi degli eventi della nostra storia, finalizzati alla mèta, fittizia o reale che sia, da raggiungere.

Alla stessa maniera conosciuti e risolti devono essere i modi espressivi del terapeuta, che interagisce con il particolare «stile di vita» del paziente, con una capacità d'incontro ricca di solidarietà e di rispetto.

Di qui la possibilità e la necessità di un transfert positivo, che quasi sempre riesce, già dalle prime battute; momento fondamentale ed essenziale della modificazione che il soggetto dovrà operare.

Anche tale modalità di approccio è tutta permeata di «stile adleriano»: è semplice ma non semplicistica, duttile, non chiusa in rigidi orpelli, rasserenante ma non permissiva, stimolante e incoraggiante, non direttiva; il più possibile libera, sinceramente paritaria.

La particolare modalità transferale di un trattamento psicoterapeutico adleriano, viene chiarita fin dalle prime battute dell'incontro e decisamente ribadita lungo tutto l'arco della vicenda, in modo che il soggetto intuisca e assimili, senza inutili e spesso estenuanti lungaggini, quelle modalità che saranno decisive per il suo cambiamento.

Stile relazionale dunque non drammatizzato, scevro da rigide regole e consuetudini, lineare, amichevole, tendente a sciogliere le tensioni transferali invece che sollecitarle con modalità silenziosamente provocatorie, esistenzialmente paritario, sollecito, senza essere ansiogeno.

Psicoterapia allora come accettazione del diverso, del sofferente, dell'abnorme; come capacità di avvertire i segnali contraddittori e paradossali, di intuire i tortuosi sentieri che costellano l'esistenza nevrotica, le bizzarrie, i candori sconcertanti, gli intoppi e le paure delle persone psicotiche; le aperte provocazioni e le mascherature delle personalità psicopatiche.

Psicoterapia come conoscenza e come verifica esistenziale, come incontro storicamente significante, come possibilità necessaria per il cambiamento, ma soprattutto come libertà, secondo l'intendimento adleriano, ma, forse anche oltre la Psicologia Individuale, come libertà di non cambiare, di mantenere gli affaticanti ma abituali conflitti, le costose elusioni e illusioni; psicoterapia intesa come attività ludica, cioè come rischio e possibilità, gioco naturale e sereno, alle volte tragico e fatale.

L. Ferdano Pierucci

DUE ESPERIENZE DI PROTESTA VIRILE NEVROTICA IN PAZIENTI PORTATORI DI NEVROSI OSSESSIVA

Inferiorità e insicurezza costituiscono nella linea di interpretazione adleriana la base per lo sviluppo della nevrosi; da qui la necessità per il nevrotico di perseguire obiettivi per il raggiungimento dei quali egli è costretto ad abusare dei mezzi psichici di cui dispone, per rivolgere al suo mondo fittizio le elaborazioni sostenute dal pensiero, dalla volontà, dall'azione.

Se le prime (inferiorità e insicurezza) sono l'asse portante della nevrosi, i secondi (mezzi psichici) ne sono l'essenza pragmatica.

Pertanto il nevrotico è cosí ossessionato dalla sua debolezza e inferiorità da impegnarsi con tutte le sue energie alla costruzione di una sovrastruttura psichica che gli dia aiuto e protezione.

È talmente impegnato ad organizzare le sue difese, a prevedere ogni cosa ed evento, sempre più e meglio degli altri, per ampliare potenza ed influenza, che finisce per perder serenità e obiettività, elementi base della salute psichica che possono pregiudicare una normale attività relazionale.

Egli prosegue, così armato, ad affinare tutti gli strumenti per sempre meglio difendersi dal non Sé, finendo poi per dubitare, nelle sue scelte, anche di se stesso e delle sue capacità.

È portato quindi a sottrarsi, quasi obbedisse a prefigurati schematismi psichici, ad ogni costrizione vissuta come insopportabile, cercando pretesti per liberarsene, pretesti che egli stesso crea.

Da qui nasce anche l'intolleranza del soggetto nevrotico verso la società che si sviluppa con atteggiamenti ostili nei confronti dell'ambiente che lo circonda.

In questo modo finisce per erigere una barriera nevrotica fra sé e gli altri, che naturalmente vive come entità, come individui da cui difendersi, avversari da sconfiggere.

Con queste premesse può avvenire che in alcuni soggetti si manifestino atteggiamenti perversi di malvagità, di crudeltà e più genericamente di aggressività, oppure, in altri soggetti, può svilupparsi, con manovra seduttiva e accattivante, un comportamento tendente a conquistarsi la simpatia e la comprensione degli altri che dovrebbero poi soddisfare il più possibile le loro esigenze e richieste.

Il tutto si risolve spesso in una schiavizzazione dell'ambiente, del setting nella cui sfera affettiva si svolge ed insiste il suo campo dinamico.

Il carattere nevrotico si struttura quindi al servizio di uno scopo fittizio, attraverso manipolazione e possesso del Non Sé, la cui direzione e le cui tendenze derivano da una sovrastruttura psichica supercompensatrice e da una linea di orientamento schematica e rigida.

Lo stile di vita nevrotico, in questo modo, incapace com'è di adattarsi alla realtà, è sempre pronto a rafforzare le proprie linee di orientamento al fine di liberarsi del proprio senso di inferiorità e conquistare il senso di superiorità.

Naturalmente questo assetto e questo stile di vita sono accorgimenti, schemi fuorvianti imposti al nevrotico dalla sua mèta finale, dalla sua volontà di potenza: «l'essere superiore agli altri, affermare la propria virilità»; da qui l'adleriana «protesta virile».

Ma qual è il significato semantico e culturale di questa espressione «protesta virile»?

La virilità è sempre stata, e Adler ce lo ricorda, una prerogativa congeniale al maschio che la manifesta sia nell'essere che nelle funzioni; il che peraltro comprende e caratterizza il fondamentale orientamento virile della nostra cultura.

Nella evoluzione psichica, nonché sociale e culturale, della specie umana essa ha assunto sempre più una connotazione ricca di risorse e potenzialità.

Ulisse e Faust, a mo' di esemplificazione, possono essere riferimenti culturalmente definibili; quello che invece non è definibile in termini psichici è l'impulso, la volontà di essere Ulisse o Faust.

La volontà di potenza di cui essi sono e rappresentano la più alta manifestazione riassume creatività, inventiva, tendere al superiore, all'alto, l'esaltazione del mitico ignoto, emblema e simbolo del futuro dell'uomo e del suo finalismo.

Il conio adleriano «protesta virile» è puramente accidentale se riferito al maschio, in quanto va esteso concettualmente a tutti gli esseri umani indipendentemente dal sesso.

Questo aspetto sempre più rafforzato viene assunto dal nevrotico, sia nell'immagine che egli si fa del mondo, che della propria vita, col fine di sfuggire l'avvilimento e l'umiliazione.

La volontà di potenza espressa in termini di protesta virile nevrotica attinge solitamente ad esperienze passate (richiami regressivi), nel corso delle quali l'imperativo dell'affermazione trovava soddisfacimento (analogia al concetto di piacere primario secondo Freud).

Ecco allora che, sotto l'incalzare dello stato di disagio, di sofferenza derivato dal Senso di Inferiorità, l'individuo può essere spinto a sviluppare un Senso di Superiorità.

Il meccanismo della finzione nasce proprio dalla cosciente ossessione del proprio stato di inferiorità che inconsciamente è spinto ad utilizzare tutte le sue energie al fine di strutturare «quella costruzione e sovrastruttura ideale da cui si aspetta aiuto e protezione».

Di conseguenza si è potuto constatare che l'espressione «protesta virile» formulata da Adler, che inizialmente si attagliava preferibilmente alla sfera femminile nelle sue manifestazioni nevrotiche come compensazione e finzione rafforzata, è applicabile anche alla sfera maschile, proprio perché il pensiero ricalca reiteratamente «come se fossi una donna» e legandovi l'equazione: donna-basso-debole-inferiore.

Il quadro teorico fin qui esposto risulterebbe una pura esercitazione speculativa se non venisse accompagnato da una casistica che ne possa avallare gli assunti; questi infatti assumono un aspetto più vivo e reale se noi li colleghiamo a casi concreti.

I due casi presentati contengono schematismi dinamici la cui portata sta dentro il quadro prima descritto, dove la protesta virile, veicolata verso lo scopo fittizio, assume un contenuto nevrotico.

Si tratta di due casi di nevrosi ossessiva, peraltro la forma più significativa e lineare della nevrosi in generale.

Produce molta sofferenza nel malato che è costretto a vivere in schemi molto rigidi.

La protesta virile, nei casi esposti, si manifesta in particolare attraverso l'instaurazione di una sintomatologia nevrotica riferita al somatico con impegno del sistema neurovegetativo e cardiovascolare.

1° Caso: F.F., anni 18, secondogenito di una famiglia di industriali del marmo.

Alla prima seduta è accompagnato da uno zio e da un altro parente (medico-neurologo). Viene denunciata una sindrome ansioso-depressiva in atto da oltre tre anni.

Il soggetto soffre di continue crisi depressive, con frequenti scoppi di pianto, nel corso dei quali va a rifugiarsi fra le braccia della madre o degli zii; a ciò si accompagnano inoltre manifestazioni fobico-ossessive di tipo coatto prima di coricarsi la sera ed in particolare nella fase di preaddormentamento.

La ritualità attuata consiste nel verificare reiteratamente: spegnimento della luce nel corridoio antistante la camera da letto, chiusura della porta, della finestra e dell'armadio.

La verifica viene accompagnata da ripetuti scuotimenti; contemporaneamente il paziente effettua atti respiratori profondi e rumorosi.

L'addormentamento è preceduto da un rituale consistente nella ripetizione di un numero definito di preghiere da recitare senza errori, per poter quindi realizzare come premio finale: la visione nitida del volto di Cristo con la corona di spine.

L'esecuzione delle preghiere deve avvenire in perfetta sincronia con atti respiratori sempre più profondi.

La eventuale imperfezione nel recitare le preghiere implica il reinizio del rituale.

Dopo la visione finale del volto incoronato di spine del Cristo, segue abbastanza rapidamente il sonno.

Naturalmente tutta questa procedura è piuttosto spettacolare, tra l'altro è ascoltata e seguita con notevole ansia da tutti i membri della famiglia.

La raccolta dei dati anamnestici metteva in luce alcuni aspetti significativi nei ricordi della prima infanzia, come ad esempio la percezione vissuta di non essere stato desiderato, «mia madre voleva una bambina, perché il maschio c'era già, mio fratello», e inoltre, il rifiuto della frequenza della Scuola Materna per paura di esservi abbandonato, «mi ricordo che avevo paura che non mi venissero più a prendere», elementi questi emblematici nella costituzione e organizzazione del proprio stile di vita, in questo caso un Senso di Inferiorità funzionale nell'ambito della situazione dinamica del setting familiare, tali da evidenziare un marcato bisogno di compensazione.

Questa si attuava attraverso modalità nevrotiche come la somatizzazione (vomito nervoso, diarrea, distonie neurovegetative) che gli impedivano, ad esempio, di allontanarsi da casa.

Questo quadro sintomatologico, a supporto dell'evitamento, sviluppava intorno a lui un'attenzione prevalentemente materna, gratificante di una presunta privazione affettiva.

La propria volontà di potenza si realizzava nell'ottenere che ci si interessasse di lui, che tutti si occupassero dei suoi problemi.

Riusciva inoltre ad ottenere che il nonno materno, figura peraltro di spicco nella costellazione familiare, lo proteggesse continuamente anche in posizione divergente rispetto alla coppia genitoriale.

Le manifestazioni fobico-ossessive, come apparato di sicurezza controcostrittivo, avevano un po' caratterizzato sia il periodo dell'infanzia che quello puberale ed adolescenziale, ma non avevano raggiunto la intensità degli ultimi tre-quattro anni.

Dopo una serie di visite mediche con conseguente trattamento farmacologico, la famiglia è stata orientata verso un intervento psicoterapeutico di tipo analitico.

L'analisi ha consentito di approfondire la conoscenza degli elementi attinenti la genesi della nevrosi fobico-ossessiva, verificata preliminarmente anche con tecniche diagnostiche proiettive (Rorschach, T.A.T.).

L'esperienza dell'analisi ha condotto il paziente a prendere coscienza di come il Senso di Inferiorità connesso ai primi anni di vita («temevo che mia madre non mi desiderasse, che volesse una bambina») avesse trovato compensazioni di tipo nevrotico attraverso la ricerca della rassicurazione con il controllo esasperato del setting familiare e la riproposizione di debolezza che richiedevano il costante aiuto degli altri.

Lo stesso rapporto con il fratello maggiore «che andava bene a scuola impegnandosi molto in quanto meno intelligente», gli faceva scegliere e decidere l'abbandono degli studi «pur andando lui molto bene a scuola».

Emerge qui evidente l'ipercompensazione negativa di un settore valido;

una impostazione di tipo controfobico che lo portava a rinunciare ad impegnarsi in un ambito in cui sapeva di avere delle capacità.

La sua protesta virile era accentratrice, assolutista; totale era l'assenza del Gemeinschaftsgefühl, del senso sociale, della mutua cooperazione.

Anche nella relazione affettiva avuta con una ragazza, la mutua donazione era sostituita da una ambizione di virilità: «dovevo farle vedere che ero il più in gamba, che dopo i rapporti sessuali con me fosse sazia e prostrata, così che nessun altro le potesse venire in mente che fosse più potente di me».

Un aspetto abbastanza grave del paziente era rappresentato da una sua tendenza a fughe allucinatorio-deliranti che lo inducevano ad identificarsi con Cristo-Dio, con il quale aveva rapporti di comunicazione privilegiati attraverso le visioni.

Con la sua protesta virile raggiungeva così l'apice dell'onnipotenza.

Di fronte al suo timore di essere umiliato attraverso il rifiuto, costruiva una sintomatologia di tipo compensatorio rappresentata da falsi scopi e mascherature.

L'aver, durante le sedute analitiche, preso coscienza dell'artificio a cui ricorreva per la sua affermazione di personalità, gli faceva lentamente ma costantemente abbandonare, prima il ricorso alla somatizzazione per evitamento (distonie, vomito, diarree), poi riprendere sempre più frequentemente i rapporti con i coetanei (relazioni ludiche ed affettive) ed infine un'attività nell'azienda paterna.

Il trattamento analitico ha avuto una durata di circa 18 mesi con tre brevi interruzioni comunemente concordate.

2° Caso: G.R. di anni 38, biologo, coniugato con quattro figli (tre femmine e un maschio, quest'ultimo di pochi mesi all'inizio del trattamento analitico).

Viene inviato dal medico condotto, il quale gli ha consigliato la psicoterapia, visto che la farmacoterapia, fino a quel momento assunta, non aveva dato risultato alcuno.

La sintomatologia clinica si manifesta con tachicardie, sudorazione, sensi di svenimento, momenti di ansia e di panico con conseguenti bisogni di defecare e mingere.

Denuncia depressione, stati di paura e senso di soffocamento.

La famiglia d'origine è formata dal padre (insegnante), dalla madre (casalinga) e da una sorella.

Per motivi economici va a vivere all'età di due anni con i nonni paterni che riconosce come i suoi «genitori».

Al termine delle scuole elementari rientra in famiglia; ricorda questo rientro con ansia e sofferenza, «i primi giorni continuavo a piangere e non dormivo».

Difficoltà scolastiche e relazionali durante il periodo della Scuola media che ricorda come «esperienza angosciante, frustrante e negativa». «Mi sentivo escluso ed emarginato, nessuno mi considerava, nemmeno gli insegnanti».

L'unico sostegno lo riceve dal padre che descrive come «dolcemente direttivo», «riusciva a farmi fare quello che voleva lui». Il padre soffriva di ulcera ed era frequentemente malato (tubercolosi).

All'Università conosce l'attuale moglie. Il matrimonio è fortemente contrastato dalla famiglia della ragazza; l'opposizione viene meno, in presenza di una gravidanza che impone le nozze.

Secondo il paziente, la famiglia della moglie, di condizioni agiate e di livello sociale medio-alto, li accoglie in casa, ma rende molto difficili i rapporti, anche perché manifesta «maggiori apprezzamenti per le altre due figlie ed i rispettivi mariti».

Il paziente s'impegna quindi in una intensa attività: si dedica all'insegnamento e avvia un laboratorio di analisi cliniche; ciò gli consente di perseguire nel «reale» una mèta di superiorità (volontà di potenza).

Ripetuti contrasti nell'ambito familiare (rivalità con i cognati per questioni di eredità) ripropongono il riemergere del Senso di Inferiorità e così esplode la protesta virile, come artificio di compensazione, attraverso la somatizzazione, con una sintomatologia varia ma tipica della sfera psicosomatica.

La mèta finale, l'essere l'uomo della casa, colui intorno a cui tutto ruota, la proiezione del nonno paterno e del suocero (figure di spicco), viene perseguita con la malattia che rappresenta una sorta di protesta virile, compensazione contro il vissuto di autosvalutazione di se stesso.

Anche in questo caso, tuttora in trattamento, la metodologia analitica adleriana ha condotto il paziente, attraverso la comprensione dei meccanismi scatenanti la nevrosi, a prenderne coscienza e quindi ad abbandonare gli artifici di ricorso alle somatizzazioni.

Nei due casi suesposti, le modalità di approccio terapeutico attuate in chiave adleriana, hanno seguito uno schema finalizzato al pieno recupero del Sé nel «reale» da parte dei soggetti trattati.

Dallo studio iniziale delle cause scatenanti lo stato di sofferenza psichica, condotto con la tecnica del riandare ai primi ricordi d'infanzia al fine di far emergere la strutturazione dello «stile di vita» con le sue connotazioni e vissuti inferiorizzanti, attraverso l'attività speculativa riferita all'analisi dei meccanismi di compensazione, dimostrandone l'inutilità per il raggiungimento del vero Senso di Sicurezza, sino all'ultima fase, quella riabilitativa e di reinserimento sociale e affettivo, si è sempre seguito il concetto adleriano di rendere partecipe attivamente e costruttivamente l'analizzando ai processi psichici nonché a quelli dinamici delle sedute.

BIBLIOGRAFIA

ADLER A.: « Uber den nervösen Charakter », Bergmann, Monaco, 1912.

ADLER A.: « Praxie und Theorie der Individual-Psychologie », Bergmann, Monaco, 1920.

ADLER A.: « Menschenkenntnis », Hirzel, Lipsia, 1926.

ADLER K.A.: in « Psychoanalytic Techniques - A handbook for the practicing psychoanalyst », Basic Books, New York, 1967.

ADLER A.: « Cos'è la Psicologia Individuale », Newton Compton, Roma, 1976.

CASTELLO F.: « La volontà di potenza: sua espressione in alcuni casi di anoressia mentale », Riv. Psic. Ind., 1977.

CASTELLO F.: « La nevrosi adolescenziale e la compensazione della volontà di potenza », Riv. Psic. Indiv., 1979.

DREIKURS R.: « Lineamenti della psicologia di Adler », La Nuova Italia, 1968.

PARENTI F.: « Tecniche di decondizionamento d'ispirazione adleriana nelle nevrosi fobico-ossessive », Riv. Psic. Indiv., nn. 6-7, 1976.

PARENTI F.: « Manuale di Psicoterapia adleriana », Hoepli, Milano, 1970.

PARENTI e Coll.: « Dizionario Ragionato di Psicologia Individuale », Cortina, Milano, 1975.

FEDERICA MORMANDO

IL TEST DELLA GIOIA

Sto mettendo a punto un test proiettivo fondato su principi analoghi a quelli del TAT ed applicabile nello stesso modo, ma riproducente situazioni gioiose.

Questa idea è venuta dal mio interesse ad indagare sulla gioia intesa sia come uno degli obiettivi psicoterapeutici, sia come uno spunto proiettivo ed anche dal disagio che provo talora, somministrando il TAT, nel vedersi smuovere angosce che nella immediata situazione del test non c'è modo né di analizzare, né di compensare. Mi sono spesso chiesta se sia utile avere il risultato del test o più dannoso contribuire a smuovere uno stato d'animo negativo senza poter intervenire.

Per ora ho elaborato 12 tavole in cui sono disegnate, come illustrazioni di una storia, delle situazioni gioiose.

Le ipotesi che volevo verificare sono:

— che l'identificazione e la proiezione diretta di risposte generali vengano stimolate dalla vista di situazioni gioiose;
— che la visione di queste stesse situazioni possa favorire anche l'evidenziarsi di conflitti, non risolti, di compensazioni sia negative, sia positive;
— che la presentazione di questi test dia immediatamente il messaggio incoraggiante e finalizzante positivo, quindi già terapeutico;
— che queste stesse immagini possano essere usate anche durante la psicoterapia per favorire la creazione di progetti e compensazioni positive.

Per progettare l'illustrazione di situazioni gioiose ho seguito questi criteri:

1. *colori* luminosi (molto giallo solare);
2. *spazi* abbastanza ampi da consentire di immaginare il libero movimento ed abbastanza delimitati da non indurre smarrimento (strade luminose, vallate);
3. frequente inserimento delle figure umane nella *natura*, in rapporto di equilibrio con essa, con spesso la presenza di un animale amico;
4. prevalenza di situazioni di buona *comunicazione* interpersonale, anche attraverso la raffigurazione di *oggetti* che la facciano ipotizzare (doni, lettera, ecc.);
5. presentazione del conseguimento di un risultato positivo da parte dei protagonisti (pagella, applausi, ecc.).

Sono state in questa prima stesura eseguite 12 tavole, non distinte per ora a seconda del sesso e dell'età; le figure sono state fatte in modo da permettere identificazione sia di bambini, sia di adulti.

È inserita come nel TAT una tavola bianca con l'intento anche di verificare se la visione delle immagini gioiose stimoli la produzione di immagini positive e se inibisca la produzione di immagini negative.

Queste tavole sono state presentate a 40 pazienti già in psicoterapia a diversi stadi, circa 50% uomini e circa 50% donne, di età tra i 25 ed i 35 anni.

DESCRIZIONE DELLE TAVOLE E PRESENTAZIONE DEI PIU' FREQUENTI SPUNTI INTERPRETATIVI

I tavola

Ragazzino che corre a braccia aperte in uno scenario luminoso, accanto un cagnolino, dietro si intravede una porta socchiusa.

I temi sviluppati sono:

— rivalsa aggressiva

— fuga da situazioni familiari oppressive

— incontro con diversi personaggi.

I temi persecutori e tristi sono confinati dietro alla porta. Emerge il desiderio di protezione (alcuni dicono: ci vorrebbe una persona fuori dalla porta, seduta, calma).

I depressi sviluppano al 50% il tema di fuga, al 50% l'incontro, ma mentre definiscono la situazione triste da cui fuggono, non riescono a dar forma a quella gioiosa cui vanno incontro, rivelando così il loro scoraggiamento nella poca capacità di progettazione.
I pazienti con personalità molto dipendenti vedono, dopo la fuga, il ritorno nella casa, generalmente seguito da punizione.

II tavola

Bambino che sventola qualcosa correndo.

Evidenzia:

- situazioni abbandoniche
  — lettera di parente lontano
- atteggiamento di fronte al successo e sentimento di inferiorità
  — pagella
    - portata a casa e *non* festeggiata adeguatamente
    - sventolata a se stesso perché nessun altro apprezza
    - a casa non apprezzano, va dagli amici.

III tavola

Scena campestre con gruppi diversi in situazioni di relazione, un bambino solo dal viso sereno è seduto in primo piano.
Sullo sfondo una casa colonica.

— Livello di sentimento sociale, l'inadeguatezza a comunicare
— Personalità dipendente: le mamme sorvegliano, hanno portato lí i bambini
— Frequente l'identificazione con il bambino solo che quasi sempre propone situazione abbandonica, sia affermativa (emarginato), sia negativa (non è triste) evidenziando reazioni compensatorie diverse (sta solo perché ha avuto tutti i giochi ed è stanco).

IV tavola

Bimbo di fronte ad un pacco dono con biglietto.

Mentre in tutti c'è l'evocazione della sorpresa e dell'attesa e speranza, pochissimi riescono ad aprire il pacco, alcuni dicono «è una cosa bella» ma non riescono a definirla. Mi sembra un indice di scoraggiamento e depressione.

Questa tavola evidenzia la gelosia e la competizione con i fratelli (il regalo non è il suo, è del fratello).

V tavola

Fiabesca. È la meno proiettiva; da notare che nessuno inventa un matrimonio fra i due bambini.

VI tavola

Disposizione verso la religione.

Come il regalo della tavola precedente i depressi non sanno definire la grazia ricevuta; molti non formulano neppure la «speranza», ma dicono che l'ex voto è solo un segno di fede. Sono i più dipendenti. Quelli che formulano la grazia la vedono quasi come guarigione della mamma e di sé.

VII tavola

Applausi.

Questa tavola rivela soprattutto:

1) la disposizione di fronte al successo
2) il rapporto con l'autorità.

1. La prima si ha se l'identificazione avviene con la persona in primo piano.

Le linee interpretative seguite sono state:

— lui è applaudito
— guarda qualcuno che è applaudito
— teme la folla.

2. La seconda si evidenzia quando l'identificazione avviene con la folla
   — la folla si ribella al protagonista
   — il protagonista rassicura la folla
   — il protagonista inganna la folla.

VIII tavola

Un giovane uomo ed una giovane donna seduti con qualcosa in mano, a colloquio sereno.

Paura dell'abbandono (prima parte).

Anche qui, come in ogni figura con coppia giovane, non è mai prospettato il matrimonio o l'unione duratura.

IX tavola

La tavola che ha suscitato più emozione.

Indice del sentimento sociale, dell'aspirazione all'accordo ed alla pace di tutti, alla solidarietà fra gente di tutto il mondo.

N.B. Chi non riesce ad esprimere validamente il sentimento sociale vede in questa fila di persone una sola persona in diversi momenti della propria vita.

X tavola: bianca

Il bianco, dopo i colori, dà spesso molta angoscia e senso di vuoto, di caduta. Proverò con una tavola colorata.

Chi riesce ad immaginare una storia la immagina positiva. Quasi sempre la persona amata.

XI tavola. Nascita

Donna incinta, prepara una culla con un bimbo accanto.

Tema:

— *gelosia* negata o affermata
  tavola da modificare perché induce troppo il tema
— l'atteggiamento di fronte all'avere bambini
— protesta virile: il padre non c'è mai.

CONCLUSIONI

Utilità diagnostica:

Evidenzia bene soprattutto le situazioni depressive, caratterizzate dalla «perdita» e dalla difficoltà a desiderare, progettare, comunicare, muoversi con curiosità e dall'elaborazione punitiva di speranze deluse.

Questo test mette molto in luce le linee compensatorie scelte dal paziente, il livello di sentimento sociale; mentre evidenzia bene le proiezioni di compensazione aggressiva tipo «fuga», non rivela quelle di tipo violento.

Può essere utilizzato in terapia, come incoraggiamento a progettare e ricordare esperienze positive, sia durante le prime fasi, sia durante lo sforzo di mutare lo stile di vita.

Può diventare anche un piccolo contributo ad inventare una cultura più valorizzante la gioia, l'educazione ad essa, proporre progetti e la loro realizzazione, la comunicazione tra persone, l'equilibrio e l'armonia con la natura.

LINO G. GRANDI - JEAN M. TEFNIN

IPOTESI DI INTERPRETAZIONE DEL T.A.T.

Le ipotesi di interpretazione in chiave adleriana esposte nella presente relazione, che richiamano non solo l'esperienza clinica degli autori ma anche la rielaborazione di un approfondito confronto tra psicoterapeuti, effettuato presso il Centro Studi di Psicologia Applicata di Torino, non si contrappongono di necessità né a quanto viene comunicato dagli scritti del Murray, né all'impostazione impressa dal Bellak, ma si pongono in assonanza con quanto più volte è stato sottolineato nelle opere dei Didatti adleriani Parenti e Pagani.

Il T.A.T. viene proposto quale strumento di rilevazione dei contenuti portanti della Psicologia Individuale, delle varie situazioni conflittuali che hanno via via condizionato la personalità e l'orientamento affettivo, emotivo, intellettivo del soggetto. L'uso del reattivo è utilizzabile quindi in chiave teleologica e finalizzato all'evidenziazione dello stile di vita.

Il T.A.T. inoltre, costruito su principi gestaltistici, messi però al servizio di una visione clinica più specifica della psicologia dinamica, e quindi preoccupato in primis di favorire l'insorgere dell'atteggiamento proiettivo, ha finito con il rinforzare alcune delle più conosciute teorie riguardanti vuoi la personologia, vuoi la più ampia concezione della personalità, specie in riferimento alle formazioni strutturali.

Bellak, rilevando l'assenza di una percezione realmente obiettiva, usa il termine appercezione, intendendo «l'interpretazione dinamicamente significativa delle percezioni dell'individuo».

Possiamo condividere la prospettiva che vede la personalità dell'uomo quale insieme di forze in interazione con l'ambiente, secondo il sistema nedd-press.

La disamina analitica del protocollo permetterà pertanto di pervenire a conoscenza di almeno tre quadri situazionali:

— la dinamica delle «storie» evidenzia, una volta compresi i parallelismi, la specificità della situazione ambientale nella quale il soggetto è inserito;

— l'autoidentificazione delle caratteristiche che il soggetto ritiene di possedere e le connotazioni più significative dell'ambiente di provenienza;

— la situazione globale in se stessa, così come si propone nel più immediato presente.

Soffermiamoci sul Murray per rivedere quell'insieme di aspetti che il reattivo sa di poter offrire, ma soprattutto per riprenderne le linee tipiciz-

zanti. Schematizziamo i tratti salienti, con alcuni nostri più immediati adeguamenti:

— Evidenziazione del protagonista, definito l'eroe, in quanto espressione primaria, anche se non unica, del processo di identificazione. Grazie a questa via interpretativa sarà possibile rilevare i conflitti più appariscenti e le tendenze non pienamente accettate o addirittura rifiutate dal soggetto.

— Comprensione delle forze intrinseche e dei bisogni latenti che costituiscono la base del comportamento. Questa interpretazione porta a evidenziare note caratteristiche dello stile di vita preso in esame, e in particolare il bisogno di successo, di dominio, il tipo di aggressività, i conflitti di dipendenza e di autonomia.

— Presa d'atto delle forze estrinseche che esercitano una specifica influenza nei confronti del protagonista.

— Analisi globale dei temi come risultante dell'interazione bisogno-pressione-risultato.

Per noi e i nostri colleghi, il metodo avanzato da Bellak è qualcosa di più di un arricchimento rispetto a quello a suo tempo proposto da Murray, grazie alla sua sistematica e al tipo di rilevamento dei dati.

Lo stile interpretativo dell'autore si caratterizza per l'attenzione ai bisogni inconsci, l'ambiente e la dinamica conflittuale. L'analisi del tema principale e dell'«eroe» sono le premesse per giungere a una corretta interpretazione.

I bisogni, chiamati «comportamentistici», vengono articolati a seconda del loro rapporto con il dato reale, oppure in relazione alle possibili modalità di realizzazione.

Poiché ogni tavola stimola l'esaminando a organizzare una situazione relazionale a cui deve per altro offrire una soluzione, ne deriva un compromesso nei riguardi dei bisogni personali ed emergono altresì le difese più frequentemente utilizzate.

Dal modo in cui vengono percepite le figure e dalla descrizione che ne viene fatta, ecco scoprirsi quasi inevitabilmente i conflitti più disturbanti, le caratteristiche specifiche di forme ansiogene, la base originaria delle stesse, le principali difese, la severità del Super-Io e l'integrazione dell'Io.

Parenti e Pagani sottolineano l'importanza del T.A.T. per aiutare l'emergere delle situazioni conflittuali e gli episodi non accettati dalla coscienza o censurati dal pudore.

Si raccomanda inoltre il superamento delle associazioni standardizzate «risposta-significato», troppo rigide per un'analisi dei settori affettivo-emotivi ed inconsci della personalità, privilegiando l'intuizione clinica e la preparazione dell'esaminatore.

Una valutazione e interpretazione dettagliata delle storie permette la evidenziazione di alcuni aspetti più specifici:

— Innanzitutto una precisa e puntuale analisi dei racconti fornisce un

insieme di elementi che sono in rapporto con la personalità e la struttura base della impostazione intellettuale.

— L'identificazione cosciente con un personaggio o il racconto di una reale esperienza di vita è segno di identificazione e proiezione direttamente derivate da ricordi personali.

— Proiezione generica con componente inventata di situazioni conflittuali e stati d'animo, sarà indubbiamente una narrazione fittizia nei dettagli, ma che si ricollega emotivamente a un vissuto personale.

— Possono essere rilevate anche individualità psicologiche imitate dall'ambiente familiare o extra-familiare e riferite a personaggi dei racconti.

— Reazioni aggressive o impostate sulla rinuncia-isolamento oppure scelte fittizie che esprimono la speranza di eventi desiderati, racconti da cui affiorano il «mito» e i modelli ideali del soggetto, sono ulteriori elementi per l'individuazione delle situazioni conflittuali suggerite dalla globalità o da alcuni dettagli delle immagini.

Il metro di interpretazione proposto dalla nostra scuola mira ad un uso del reattivo in chiave teleologica, quindi finalizzato all'evidenziazione dello stile di vita, cioè della risultante di molti aspetti comportamentali che sostengono il perseguimento, lungo una particolare linea direttrice, di un fine ultimo, eventualmente fittizio e inconscio.

L'importanza data da Murray e da Bellak alla figura dell'eroe, nello schema need-press, permette l'evidenziazione, in chiave adleriana, di una ulteriore componente a noi cara: la collocazione del soggetto nella costellazione familiare.

Non possiamo però approcciarci al test senza prima considerare un'altra possibilità, quella cioè della lettura in chiave di pragmatica della comunicazione umana, strumento al quale di necessità ricorriamo nel corso della nostra realtà operativa di psicoterapeuti.

D'altronde le ipotesi di interpretazione, secondo linee adleriane, del test trovano la loro base nella decodificazione delle risposte, operazione complessa e impegnativa che richiede una particolare attenzione circa i vari meccanismi reattivi insiti nelle risposte stesse e alle possibili sintesi del meccanismo-messaggio.

Possediamo l'intima convinzione che tale modo di operare sia sicuramente possibile, a patto che veramente abbiamo introiettato il messaggio della teoria del Maestro, acquisendo la disponibilità a metterci in crisi e ad evitare false e dannose sicurezze dell'adeguamento passivo a sistemi prefissati. È certamente più rassicurante seguire diligentemente la traccia di autori noti, piuttosto che leggere il protocollo ad esempio come una miscellanea e una antologia di associazioni che ci violentano a interpretare ricorrendo alle tecniche analogiche proprie della psicologia dinamica, così utili per la comprensione delle problematiche profonde, ma altresì richiedenti sforzi continui o prolungati, gestiti in un clima di incertezza.

Non basta certo un manuale, pur ben fatto che sia, per essere in grado di superare il momento della analisi lessicale del contenuto, e procedere quindi nei meandri del messaggio interno di ogni racconto.

La ricerca dei tratti di fondo, emergenti ripetutamente nel protocollo, è essenziale per verificare le modalità di approccio e di relazione, quindi le caratteristiche significative che ci permettono di individuare lo stile di vita.

Il T.A.T. rivela la presenza di simbolismi arcaici e anche archetipici, che richiedono, per poter procedere nell'analisi, conoscenze profonde vuoi della Psicologia Individuale e anche delle altre scuole di psicologia del profondo, vuoi pratica terapeutica, vuoi infine una approfondita conoscenza anamnestica del soggetto.

Sapendo abilmente giostrare nel simbolismo, potremo essere in grado di rilevare importanti correlazioni: il ripetersi di «parole chiave» nei racconti, il confronto tra le diverse situazioni in cui vengono usate, il ritorno di situazioni tipicizzanti, descritte fra l'altro in maniera diversa e riassumibili solo dopo un'attenta decodificazione e interpretazione, opportunamente organizzati nel processo descrittivo delle caratteristiche del soggetto, condurranno al tratteggiare gli aspetti salienti che verranno poi considerati «quadro-base» per la comprensione dei bisogni e della realtà del cliente.

I bisogni e gli stili di vita emergono così più chiaramente in quanto analizzati con criteri non precostituiti e basati sulla dominanza, sul richiamo, sul «ritornare» di tratti caratteristici personali. A questo proposito ricordiamo ancora che il test è da considerarsi come positivo stimolatore di libere associazioni e quindi come liberatore di meccanismi non conosciuti, e per ciò stesso influenti e anche, spesso, devastanti.

Le modalità di applicazione e di interpretazione dipendono prioritariamente dall'uso che il terapeuta intende fare del reattivo. Una finalità diagnostica richiede un'attenzione prioritaria ai dati di base e all'analisi lessicale senza troppo addentrarsi nei contenuti che la psicologia del profondo offre.

L'utilizzazione nel corso di una psicoterapia richiede, invece, un'applicazione più graduale. Ogni figura può essere stimolatrice di libere associazioni e può portare il cliente, tramite le analogie, al sogno guidato, alle storie oniriche, ecc...

La capacità di gestire una simile applicazione richiede una vivace e continua intuizione di clinica psicoterapeutica a base analitica, una familiarità con i contenuti immaginari dei sogni e una conoscenza dei dati anamnestci e relazionali del cliente. D'altronde sappiamo che i meccanismi di interpretazione dei sogni sono per il terapeuta i criteri di partenza per la decodificazione del materiale onirico (e il T.A.T. può anche avere valenza o essere usato secondo la tecnica del sogno guidato).

BIBLIOGRAFIA

BELLAK L.: « The T.A.T. in clinical use », Grune e Stratton, New York, 1954.

BELLAK L.: « Revised manual for T.A.T. », Psychological Corp., New York, 1952.

D'ARRIGO M.: « L'importanza della fantasia nella Psicologia Individuale di A. Adler », Riv. Psic. Indiv., anno 1, n. 1, 1973.

LINDZEY: « T.A.T. assumption and related empirical evidence », Psychological Corp., New York, 1952.

MAIULLARI F.: « Simbolo e sogno nell'età evolutiva », Quaderni della Rivista di Psicologia Individuale, n. 2, Milano.

MURRAY H.A.: « Thematie Apperception Test Manual », 1943.

PARENTI F. e P.L. PAGANI: « Il T.A.T. come reattivo dello stile di vita nell'età evolutiva », Riv. Psic. Indiv., anno 3-4, nn. 4-5.

PARENTI F. e P.L. PAGANI: « Manuale per l'esame psicologico del bambino e dell'adolescente », Hoepli, Milano, 1971.

RAPAPORT D.: « Diagnosting psychological testing », The Year Publishers, New York, 1946.

SCHAFFER H.: « La Psychologie d'Adler », Masson, Paris, 1976.

STERN E.: « Le test d'Aperception Thématique de Murray », Delachause et Niestlé, Neuchatel, 1950.

THONILNUIS S.M.: « T.A.T., The theory and technique of interpretation », Grune e Stratton, New York, 1947.

TIRELLI G. e A. IMBASCIATI: « Il T.A.T. secondo la sistematica di Bellak », O.S., Firenze, 1964.

ANDREA FERRERO - MARGHERITA MORONE

SENTIMENTO SOCIALE E REINSERIMENTO SOCIALE NELLA PREVENZIONE DI RECIDIVE PSICOTICHE IN PAZIENTI OSPEDALIZZATI

Nella pratica clinica il problema del reinserimento nel contesto sociale di pazienti psicotici, che siano stati per un periodo più o meno lungo degenti presso Ospedali o Case di Cura, si pone non solo nel senso di rendere possibile una ripresa della vita in seno alla comunità ai pazienti che possano aver raggiunto un buon compenso sintomatologico, ma più specificatamente di esercitare un intervento a significato preventivo di eventuali recidive, al di là dell'efficacia che possano rivestire in tal senso la prosecuzione di un'appropriata terapia farmacologica o di trattamenti psicoterapici formalizzati.

Sarà allora necessario, a nostro avviso, che una eventuale dimissione di questi pazienti si ponga come atto consapevole nell'ambito di una strategia terapeutica, che poggi innanzitutto su una analisi coerente del disturbo di personalità e delle problematiche personali del soggetto.

Nel presente lavoro ci soffermeremo in particolare sui pazienti schizofrenici in un'ottica che si riferisce alla Psicologia Individuale.

Più in particolare ci si rifà, sotto questo aspetto, alle formulazioni adleriane circa il «sentimento sociale», non solo in quanto suggestivamente collegate al tema in esame, a sottolineare l'importanza che gli aspetti interpersonali e relazionali in Psicologia Individuale rivestono nell'economia della comprensione dei disturbi psichici e della relativa terapia, ma perché ci è parso che contenessero ulteriori spunti di interesse per un'analisi più approfondita di alcuni aspetti del problema. Ad una prima parte rivolta all'esame di alcuni aspetti teorici connessi al concetto di «sentimento sociale» nell'opera di Adler e dei suoi epigoni, seguiranno alcune considerazioni applicative in relazione all'argomento proposto, con l'ausilio esemplificativo di due casi da noi osservati.

* * *

Sotto questo profilo, alcune possibili questioni teoriche preliminari trarrebbero la loro ragion d'essere in relazione al fatto che il concetto di «sentimento sociale», pur se immediatamente comprensibile anche a livello intuitivo, appare invece ad una analisi più meditata abbastanza complesso e composito.

Un riesame critico di alcuni degli interrogativi che sono collegati alla teorizzazione del «sentimento sociale» nell'opera di Adler, per quanto a nostro parere auspicabile e peraltro già intrapreso negli studi dei suoi seguaci, esula dal contesto del nostro lavoro; ci interessa invece soffermarci su alcuni spunti interessanti che tali formulazioni offrono sul piano psicopatologico e nel quadro della comprensione dinamica dei processi psichici, nonché delle relative implicanze nella strategia terapeutica, anche qualora non si tratti di un trattamento psicoterapeutico in senso stretto, come nel caso che abbiamo preso in esame.

1) In «Che cos'è la Psicologia Individuale?» Adler così si esprime: «Il sentimento sociale non è forse un istinto che si eredita, ma la potenzialità del sentimento sociale è ereditaria. Questa potenzialità si sviluppa in armonia con l'abilità della madre e con il suo interesse per il bambino, e in armonia con il giudizio che il bambino stesso si forma dell'ambiente che lo circonda».

Questi medesimi concetti sono ripresi più diffusamente, a titolo esplicativo, da Schaffer nel suo lavoro «La psychologie d'Adler»: «All'origine del suo sviluppo si trova la relazione madre-figlio, simbiosi tra questi due esseri, che permette alla prima di manifestare il suo amore materno e per quella via di risvegliare la facoltà del senso sociale nel secondo. Lo scambio affettivo, il sorriso legato alle funzioni della nutrizione, le carezze, si trovano all'origine di una lunga cooperazione tra la madre e il bambino...»

Al di là delle controversie sulle caratteristiche ereditarie o meno del «sentimento sociale», che sono forse da affrontare in un quadro più ampio di revisione del concetto secondo quanto espresso sopra, ci pare importante sottolineare tre aspetti che risultano con evidenza da quanto abbiamo esposto:

a) Il «sentimento sociale» si sviluppa originariamente, e cioè nei primi mesi di vita del bambino, secondo l'asse preferenziale di un rapporto di tipo diadico (o rapporto uno-a-uno) tra il bambino stesso e la madre.

b) Tale rapporto si svolge prevalentemente sul piano dello scambio affettivo, veicolato in larga misura da messaggi extra-verbali, tutto ciò in armonia con le caratteristiche dello stadio d'evoluzione psicologica del bambino in quel momento.

c) Il perdurare del rapporto con la madre con queste modalità (simbiotiche) è d'ostacolo ad ulteriori sviluppi del «sentimento sociale» del bambino, che gli possano permettere di instaurare rapporti con i suoi simili secondo uno schema triadico o multiplo che sostituisca il primitivo legame uno-a-uno.

Afferma ancora Schaffer (op. cit.): «I bambini troppo coccolati hanno la tendenza a fissare il loro affetto sulla persona della madre, ciò che costituisce un ostacolo allo sviluppo del sentimento sociale (...). Nella misura in cui il bambino, nel corso degli anni, acquisisce una certa autonomia, egli supera il proprio stato d'inferiorità e partecipa attivamente alla situazione di scambi interpersonali autentici con la madre e gli altri».

2) Queste ultime parole di Schaffer pongono in primo piano l'utilità di definire inoltre i rapporti intercorrenti tra sentimento sociale, sentimento di inferiorità e volontà di potenza nell'opera di Adler.

Al proposito Parenti, Rovera, Pagani e Castello («Dizionario ragionato di Psicologia Individuale») affermano che «nella dinamica della vita psichica, il sentimento sociale agisce in collaborazione o invece in contrasto o in ambivalenza con un'altra forza direttrice fondamentale: la volontà di potenza». Questo dato può rivestire, come vedremo, notevole importanza in relazione al riorientamento delle difese in soggetti psicotici.

3) Un terzo punto degno di interesse riguarda i possibili legami tra «sentimento sociale», processi conoscitivi e linguaggio.

Asserisce Adler (Cos'è la Psicologia Individuale?) che «gli esseri umani vivono nel regno dei significati. Noi non sperimentiamo mai dei fenomeni in rapporto *al significato che essi hanno per gli uomini* (...). Se un uomo tentasse di sfuggire ai significati e di dedicarsi soltanto ai fenomeni (...) le sue azioni sarebbero inutili per lui o per chiunque altro... Noi sperimentiamo sempre la realtà attraverso il significato che le diamo: non in se stessa, ma come qualcosa di interpretato». Allo stesso modo prosegue: «Vero significa (...) vero per gli scopi e le mète degli esseri umani e (...) non c'è altra verità che questa».

Ora, nella schizofrenia, proprio «la logica e il senso comune vengono abbandonati per una logica e talvolta anche per un linguaggio 'privato'» (Parenti, Rovera, Pagani, Castello). In tal modo a livello cognitivo ed emotivo i vissuti che lo psicotico comunica ne mediano, «privatizzandolo» nel contempo, il rapporto con gli altri.

* * *

Le brevi considerazioni esposte ci possono servire da traccia per tentare di approfondire l'esame di due casi da noi osservati, che ci sono parsi per qualche aspetto più significativi, in rapporto alla tematica in oggetto.

I.M. era stata ricoverata fin dal 1962 in relazione ad un complesso quadro clinico di schizofrenia ebefreno-paranoide.

Dopo sedici anni di permanenza in Ospedale, ove era stata curata con neurolettici, la paziente non manifestava più sintomi «produttivi», pur evidenziando un permanente deficit della critica e un certo deterioramento globale della capacità di progettazione e di relazione con gli altri. La paziente, inoltre, si mostrava in grado di operare in modo sufficientemente valido in Ospedale, tanto che le venivano regolarmente attribuiti una serie di incarichi, che essa mostrava di svolgere con piacere, con cui si rendeva utile alle codegenti e alle infermiere. Tre anni or sono si prospettò dunque la possibilità che la paziente potesse essere dimessa, anche in relazione alle mutate condizioni legislative in tema di assistenza psichiatrica.

Poiché le resistenze della famiglia, di estrazione contadina, non rendevano possibile l'eventualità di un ritorno a casa (I.M. si era sposata

senza avere figli poco prima dell'insorgenza della patologia psichiatrica) e stante l'assenza di altre prospettive all'esterno dell'O.P., si prospettò alla paziente una sistemazione in pensionato presso il paese di origine, ove sarebbe stata seguita dagli operatori di zona per permettere il proseguimento della terapia e promuovere nel contempo la possibilità per la paziente di potersi collaudare (in condizioni relativamente protette) in una rete di situazioni progressivamente più ricca di quanto potesse offrire la vita in Ospedale.

Il tentativo non andò a buon fine e dopo cinque mesi fu necessario un nuovo ricovero.

Anche M.N., come nel caso precedente affetta da schizofrenia ebefrenoparanoide insorta intorno al 1960 (nubile, quasi coetanea di I.M., ma rispetto ad essa di più elevata estrazione socio-culturale), aveva avuto la possibilità di svolgere alcune mansioni in Ospedale, una volta raggiunto un discreto compenso della sintomatologia clinica.

Dimessa l'ultima volta nel 1969, anch'essa fu indirizzata in un pensionato, nel paese di origine, ove ebbe la possibilità di collaborare ad opere di assistenza a favore di bisognosi, e permase in buon compenso sintomatologico fino al 1978 con l'unico ausilio di periodici controlli della terapia farmacologica.

La possibilità di elaborare alcune ipotesi circa il buon andamento clinico di questo secondo caso si prospettò durante il ricovero successivo, determinato da una imponente riaccensione della sintomatologia dissociativa, cui fecero seguito nuove dimissioni presso lo stesso pensionato, ancora con buoni risultati, che paiono a tutt'oggi stabilizzati.

Al nuovo ingresso, M.N. manifestava un complesso delirio in cui si intrecciavano tematiche mistico-religiose, sessuali (tra le altre cose, asserendo di essere la moglie del dottor A, che, con la Dott.ssa E, era stato il medico curante della paziente nel precedente ricovero) e persecutorie (accusava il direttore del pensionato d'averla insidiata), sostenuto anche da allucinazioni uditive, talora a carattere imperativo, che le imponevano «di raggiungere suo marito» (come diceva), ancora presente in Ospedale ma non nel reparto ove la paziente fu destinata e ove pure non lavorava più la Dott.ssa E, con cui M.N. era rimasta in contatto epistolare, seppure saltuariamente. La paziente, nonostante le terapie farmacologiche, peggiorò vistosamente, mostrandosi sempre più disorganizzata nei processi di pensiero e nel contegno in reparto.

Offertale la possibilità di esprimere i propri vissuti, anche in termini spesso incomprensibili, attraverso colloqui periodici, il tono della comunicazione mutò significativamente nel corso della degenza, e parallelamente ad una espressione sempre più chiara delle proprie problematiche, migliorò in modo evidente il contegno e si attenuò considerevolmente la sintomatologia delirante.

Ad una primitiva «insalata» di parole (durante i primi colloqui, ad esempio, il discorso era costituito da un elenco in apparenza incomprensibile di vocaboli come: «sale, pepe, scala» o «gettone, disco, gettone,

lavare») seguí una fase di rifiuto della comunicazione: «Non ho niente da dirle», di aggressività verbalizzata: «Siete cattivi e dei cretini, non capite niente...» e infine di insicurezza: «Sono incerta, è tutto inutile, anche cercare di raggiungere mio marito e poi io non capisco... voi dottori parlate in modo troppo difficile».

In seguito la paziente fu in grado di fornire buoni interventi relativi ai propri vissuti in periodiche riunioni di gruppo con le altre codegenti presiedute da uno di noi, durante le quali emerse infine la richiesta di essere dimessa e di poter rientrare in pensionato. Invitata ad esprimere questa sua richiesta direttamente agli operatori dell'ambulatorio che la avrebbero seguita fuori dall'Ospedale per concordare con essi le dimissioni, poté ritornare nel pensionato un mese più tardi circa.

Ci pare che l'evoluzione del modo di rapportarsi e di comunicare di M.N. in Ospedale tracci in modo abbastanza suggestivo anche l'evolvere parallelo della dinamica intrapsichica del soggetto, in riferimento alle vicende del marcatissimo sentimento d'inferiorità e delle correlate affermazioni della volontà di potenza, nonché delle modalità di dispiegarsi del sentimento sociale; entrambe queste forze direttrici sembrano connotare, in un rapporto dialettico in evoluzione, lo stile relazionale individuale della paziente in conformità con le vicende del conflitto interiore.

Ci sembra di poter dire che in una prima fase i processi cognitivi e il linguaggio (testimoniando in modo estremo le menzionate osservazioni di Adler circa i rapporti tra quelli che egli chiama «fenomeni» ed i relativi significati individuali) rivelino l'intimo disgregarsi della possibilità di comunicare con l'Altro; successivamente sono emerse invece modalità espressive del sentimento sociale di tipo arcaico, intrise, in rapporto ambivalente, dell'intenso narcisismo derivante dal prevalente dispiegarsi della volontà di potenza secondo modalità fortemente regressive, che si estrinsecano secondo le modalità simbiotiche del rapporto uno-a-uno cui abbiamo fatto cenno in precedenza.

Un tale rapporto, vissuto a livello fantasmatico, era probabilmente quello che aveva reso possibile una durevole remissione dei sintomi in precedenza, secondo un filo «transferale» tenace che teneva legata M.N. da un lato al dottor A. e alla Dott.ssa E. in Ospedale, ed al direttore del Pensionato fuori di esso; parallelamente il vistoso peggioramento della sintomatologia in quel periodo sembra possa riferirsi, almeno in parte, allo scacco successivo delle relazioni significative nel pensionato prima ed in Ospedale poi, ove M.N. non poté rientrare in rapporto diretto né col dottor A. né con la Dott.ssa E.

Si prospetta inoltre che il successivo ripristino di un canale di espressione privilegiata, con una parziale neutralizzazione delle valenze aggressive in precedenza mobilitate, e la possibilità poi di individuare come interlocutore delle proprie richieste di sicurezza l'ambiente extraospedaliero e, più segnatamente, gli operatori dell'ambulatorio, abbiano in seguito permesso alla paziente di dispiegare più validamente le potenzialità del proprio sentimento sociale.

Riflettendo sui casi esposti si possono trarre alcune considerazioni:

A) Il problema del reinserimento sociale di soggetti a patologia schizofrenica a lungo ospedalizzati è senz'altro connesso con le limitate possibilità esistenziali di questi soggetti durante il periodo di lungo-degenza.

Bisogna constatare che, per la maggior parte di questi pazienti, la mancanza prolungata di contatti con il mondo esterno, l'annullamento di ogni prospettiva esistenziale, l'impossibilità di sviluppare le potenzialità individuali relativamente ai «compiti fondamentali dell'esistenza», costituiscono un condizionamento essenzialmente negativo.

Il diverso andamento dei due casi citati nel tentativo del reinserimento, nonostante condizioni per certi versi simili (impossibilità di rientro in famiglia; capacità di attendere ad attività non soltanto in una accettazione passive del ricovero; assenza, peraltro, di prospettive di reinserimento lavorativo valido fuori dell'ospedale), ci induce però a non limitarci soltanto all'analisi del contesto ambientale al quale sarebbero destinate queste pazienti.

B) Le possibilità di socializzare di queste pazienti sono ovviamente limitate dall'accentuato sentimento d'inferiorità. Tuttavia anche dopo molti anni dall'insorgenza della sintomatologia clinica si riscontra una certa capacità di ripristino di attività sociali bene integrate, a condizione che sia possibile al soggetto riattivare in modo sufficientemente stabile modalità arcaiche di tipo simbiotico dell'espressività del proprio sentimento sociale quale unica via perché esso non debba subire la pressione disgregatrice della propria regressiva volontà di potenza. Ad essa il sentimento sociale del soggetto aderisce in un legame ambivalente.

C) Dal punto di vista operativo le precedenti constatazioni evidenziano la necessità che il terapeuta tenga conto delle intense valenze narcisistiche del movimento transferale (ove il termine transfert è qui in relazione ad un setting ovviamente differente rispetto ad una terapia analitica) che il paziente opera nei suoi confronti, approfondendo con estrema chiarezza il problema della «distanza» (Adlerianamente intesa) che occorre rispettare nel rapporto.

D) Ci pare significativo che il particolare tipo di attività assistenziale a carattere religioso, cui M.N. è stata chiamata a collaborare nel suo paese di origine, sia stato forse un fattore non casuale di compensazione: d'altro canto tale attività pare suggestivamente collegata ad alcune delle più importanti tematiche deliranti espresse dalla paziente.

Ciò consente di suggerire una ipotesi riguardo all'opportunità che le proposte da parte del terapeuta, per il reinserimento sociale del paziente, siano messe in relazione alla valorizzazione in senso liberatorio e positivo delle dinamiche di frustrazione e di gratificazione legate al nucleo conflittuale della patologia del paziente stesso.

La funzione orientativa del terapeuta nel reinserimento sociale del paziente richiede quindi, oltre ad una chiara analisi clinica, una intuizione delle possibilità di collegamento tra le tematiche emerse durante il ricovero e le concrete possibilità esistenziali fuori dall'Istituzione.

Ci si chiede, infine, quale possa essere il ruolo del «sentimento sociale» degli operatori stessi nei confronti del paziente quando si ponga l'eventualità che questi, dopo un lungo periodo di ospedalizzazione, debba riaffrontare una vita di relazione per certi versi nuova e ormai desueta.

★ ★ ★

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

ADLER A.: « Cos'è la Psicologia Individuale? », Newton Compton, Roma, 1976.

ADLER A.: « Psicologia Individuale e conoscenza dell'uomo », Newton Compton, Roma, 1975.

ADLER A.: « Il temperamento nervoso », Newton Compton, Roma, 1971.

ELLEMBERGER H.: « La scoperta dell'inconscio », vol. II, Boringhieri, Torino, 1976.

PARENTI F., ROVERA G.G., PAGANI P.L., CASTELLO F.: « Dizionario ragionato di Psicologia Individuale », Cortina, Milano, 1975.

SHAFFER H.: « La psychologie d'Adler », Masson, Paris, 1976.

Claudio Cantoni - Manuela Giulieri

METODOLOGIE PSICOPEDAGOGICHE ADLERIANE PER LA FORMAZIONE DI OPERATORI SCOLASTICI NON PSICOLOGHI.

PRIME NOTE DI UNA ESPERIENZA

INTRODUZIONE

Nell'ambito delle attività che il servizio psico-sociale svolge sul territorio dell'U.S.S.L. di Rozzano (Milano), abbiamo programmato, assieme agli insegnanti di sostegno della scuola dell'obbligo, un intervento diretto a facilitare l'inserimento dei bambini handicappati e disadattati nelle attività della classe. Questo intervento si è proposto anche di favorire una maggiore collaborazione fra gli insegnanti di sostegno e gli insegnanti di classe, rivalutando la figura dei primi, molto spesso emarginati da un serio lavoro di programmazione nell'ambito scolastico, e in ultima analisi degli stessi docenti di classe, talora indotti a scaricare questi problemi sui loro colleghi.

Il programma ha preso lo spunto dalla situazione di lavoro precaria e confusa di chi insegna in classi che comprendano bambini definiti handicappati o allievi che siano segnalati all'équipe psico-sociale come «bambini problema».

L'inserimento nella scuola dell'obbligo di bambini handicappati ha ufficialmente lo scopo di favorire l'integrazione sociale dei «diversi» e quindi d'incrementare positivamente il loro sviluppo psico-fisico. Nei fatti, tali esperienze sono risultate spesso negative. Si è constatato che il bambino difficile rischia di vivere il ruolo di «corpo estraneo», inserito in un organismo non preparato ad accoglierlo. Con un'analogia biologica, possiamo parlare della formazione di veri e propri anticorpi che isolano l'individuo diverso. Questo isolamento finisce per emarginare anche l'insegnante di sostegno, costretto a svolgere un compito avulso dal contesto della classe. Gli operatori di questo tipo non hanno sempre una preparazione adeguata e sono costretti a svolgere la funzione di semplici controllori.

L'esperienza che rappresenta l'oggetto di questa comunicazione ha inteso capovolgere la valutazione standardizzata che inquadra la scuola come elemento primario, in cui gli individui si integrano o da cui sono emarginati, proponendo invece come elemento primario il bambino, nell'interesse del quale la scuola dovrebbe orientare i propri compiti, eventualmente correggendo gli errori educativi della famiglia.

BREVI CENNI TEORICI

«Ogni condotta particolare esprime la vita e la personalità del fanciullo nella sua totalità e non può essere compresa se non si conoscono i precedenti del soggetto» (Adler).

La citazione sottolinea un punto cardine della dottrina adleriana, che abbiamo ritenuto basilare anche per la realizzazione del nostro progetto: l'unità della personalità. Già le primissime fasi dello sviluppo infantile segnalano l'unità della psiche. In seguito le esigenze della vita inducono il bambino a rispondere in modo globale alle varie situazioni che via via gli si presentano nel corso della sua crescita. Prende corpo così lo «stile di vita», un'impronta finalistica irripetibile, fatta di tratti comportamentali, opinioni, elementi affettivo-emotivi. È dunque essenziale per un educatore comprendere la struttura e le finalità dello stile di vita dei bambini. Solo così sarà possibile prepararli ad affrontare situazione nuove e difficili, correggendo degli errori avvertiti non solo in superficie.

La ricerca della globalità psichica ci ha portato a coinvolgere tutte le persone inquadrabili nella «costellazione educativa» dei fanciulli in esame, così da sviluppare una visione «verticale» e «orizzontale» di ogni soggetto.

Prima di passare alla fase operativa, è stata nostra premura far sì che gli insegnanti inseriti nel programma potessero documentarsi sui fondamenti teorici della psico-pedagogia adleriana. A tale scopo abbiamo suggerito la consultazione dei seguenti testi:

— Adler A.: «La Psicologia Individuale nella scuola»;

— Dreikurs R. - Cassel P.: «Disciplina senza lacrime»;

— Dinkmeyer D. - Dreikurs R.: «Il processo di incoraggiamento».

L'iter dei lavori ha comportato in seguito la consultazione di altre opere.

MODALITÀ E IMPOSTAZIONE DEL LAVORO

La fase realizzativa dell'esperienza che presentiamo è stata contrassegnata da riunioni preliminari, con discussioni sulle modalità e sulle fasi di intervento e sui ruoli degli intervenuti. Dalle sedute introduttive, in accordo con Canziani (1), è derivata la seguente suddivisione del nostro intervento:

1) fase diagnostica;
2) fase conoscitiva;
3) fase operativa.

Fase diagnostica

Questa fase è stata indirizzata verso l'acquisizione globale della situazione del soggetto in esame, ottenuta agendo su più linee direttrici e

(1) Nota del Prof. GASTONE CANZIANI nel volume di ALFRED ADLER « Psicologia Individuale nella scuola » (pag. 37).

coinvolgendo tutte le persone legate al bambino. Ciò ha comportato colloqui con i familiari, con i docenti e con il soggetto stesso.

È stato approntato un questionario (seguendo come traccia quello redatto dalla Società Internazionale di Psicologia Individuale) per rendere più efficienti e meglio strutturati i colloqui degli insegnanti con i genitori. Il questionario, da somministrarsi sotto forma di colloquio, si articola nei seguenti punti:

a) dati anagrafici (costellazione familiare con speciale attenzione alla fratria, attività lavorativa dei genitori, ecc.);

b) origine e prime manifestazioni del disadattamento (in famiglia e a scuola);

c) come il bambino affronta le difficoltà (rapporti con i genitori, con i coetanei, grado di autonomia);

d) rapporto con l'ambiente (capacità di approccio con la gente, con gli animali, con gli oggetti);

e) appurare se il bambino nutre fiducia in se stesso o se manifesta scoraggiamento;

f) tendenze all'isolamento;

g) individuazione delle effettive capacità.

Il questionario è stato utilizzato dapprima come traccia per l'insegnante e successivamente completato ed elaborato. Ci si è preoccupati di evitare i rischi di rifiuti o blocchi più o meno mascherati e di sdrammatizzare per quanto possibile la situazione.

Gli insegnanti di sostegno hanno poi continuato il lavoro di raccolta dei dati, sino a completare il quadro di ogni caso, valendosi di colloqui con gli insegnanti di classe e con il soggetto.

Nello sviluppo del programma si è cercato sempre di conciliare le attività in classe, gli interventi individuali e le attività di laboratorio. In questa fase il lavoro dell'équipe si è inserito operativamente, completando il momento diagnostico con l'applicazione di tests proiettivi (Rorschach e T.A.T.) (2). Abbiamo escluso la somministrazione dei tests di livello intellettivo, onde evitare ogni pericolo di strumentalizzazione.

Fase conoscitiva

Ha lo scopo di far conoscere agli interessati (genitori, insegnanti e soggetto stesso) per quali motivi in alcune situazioni si verifica l'esclusione del bambino dalla classe.

Come afferma Adler, il bambino che entra nella scuola viene a trovarsi in una situazione del tutto nuova, tale da rappresentare un collaudo dell'educazione ricevuta in famiglia (3). Se nel nucleo familiare non si è

---

(2) F. Parenti - P.L. Pagani: « Il T.A.T. come reattivo dello stile di vita nell'età evolutiva », Rivista di Psicologia Individuale, nn. 4-5 (pag. 5).

(3) Adler A.: « Psicologia dell'educazione » (pag. 92).

impartita un'educazione adeguata al bambino, egli sarà impreparato ad affrontare le difficoltà della situazione in classe.

Adler afferma: «Il lavoro scolastico richiede, da parte del bambino, una cooperazione con il maestro e con i compagni e un interesse per le materie d'insegnamento». I docenti dovrebbero considerare la delicata posizione del bambino nella scuola. Dovrebbero anche capire come l'abitudine a un rendimento scolastico negativo possa indurre prima uno scoraggiamento e poi un rifiuto della scuola, in quanto fonte di continue frustrazioni.

Gli insegnanti, per poter correggere gli eventuali errori educativi della famiglia, dovrebbero conoscere a fondo la personalità infantile. A questo scopo sono preziose le indicazioni date da Adler e Dreikurs.

Adler (4) descrive tre categorie di soggetti meritevoli di particolare attenzione:

a) fanciulli con organi minorati;

b) fanciulli viziati;

c) fanciulli odiati.

In queste tre categorie si possono integrare e riconoscere i quattro scopi fondamentali descritti da Dreikurs (5) che si elaborano durante la crescita:

a) attirare l'attenzione;

b) conquistare il potere;

c) perseguire una vendetta;

d) manifestare la propria inadeguatezza.

Fase operativa

In questa terza e ultima fase abbiamo collocato l'impiego del processo d'incoraggiamento, cercando di estenderlo a tutti gli àmbiti educativi. In classe e fuori, infatti, i bambini problema incontrano notevoli difficoltà. Solo mediante una gradualizzazione, un continuo incoraggiamento e un indirizzo mirato degli interventi è possibile ottenere, con questi soggetti, risultati positivi. La fase operativa del nostro programma è ancora in corso e non ha raggiunto interamente i suoi scopi. Diverse situazioni difficili già avviate verso il recupero ci stimolano comunque a continuare nel cammino intrapreso.

ESEMPLIFICAZIONE DI UN CASO

Presentiamo il soggetto. Anna è una ragazzina di tredici anni, ultima di nove figli, di cui sei viventi. Abita con i genitori (padre netturbino e madre casalinga) e con un fratello di ventisei anni, con cui non ha un buon rapporto. Due fratelli sono morti nei primi mesi di vita e un terzo

(4) Adler A.: « La Psicologia Individuale nella scuola » (pag. 51).

(5) Dreikurs R.: « Disciplina senza lacrime » (pag. 42).

è stato ucciso in un conflitto con la polizia durante una rapina. Anna è nata quando la madre aveva già quarantaquattro anni, da un parto distocico (mancano in merito dati approfonditi). La ragazza era iscritta, nello scorso anno scolastico, alla seconda media.

Fin dal suo inserimento nella scuola elementare, la bambina aveva incontrato notevoli difficoltà di relazione sia con la maestra, sia con i compagni. Di conseguenza il rendimento scolastico era risultato insufficiente. L'insegnante aveva avvertito e segnalato i problemi di Anna e l'aveva seguita con attenzione particolare per tutti i cinque anni. Per la bambina erano state richieste più volte visite mediche specialistiche. L'Elettroencefalogramma era risultato negativo, ma era stata formulata infine, in una valutazione globale del quadro, una prognosi di irrecuperabilità.

In classe Anna era molto chiusa, quasi non parlava ed era spesso derisa dai compagni. Un colloquio con la madre aveva fatto affiorare errori nell'educazione familiare: un'iperprotezione viziante, la mancanza di un processo d'incoraggiamento, nessun addestramento ad affrontare in modo autonomo le difficoltà.

Il passaggio alla scuola media non modifica in meglio la situazione, sembra anzi accentuare i problemi di Anna. Alcuni insegnanti consigliano addirittura l'abbandono della scuola.

Il soggetto quando giunge a noi, durante lo scorso anno scolastico, presenta ancora gravi carenze in tutti i settori dello sviluppo psicopedagogico. La ragazzina appare infatti carente non solo sul piano strettamente scolastico, ma anche nella capacità d'impostare, nelle relazioni umane, tutti i compiti vitali dell'individuo.

Quest'anno, dopo una serie di interventi sugli insegnanti, sulla famiglia e sul soggetto, il quadro si è un poco evoluto. Anna è divenuta più cosciente della sua situazione e differenzia il presente da un passato vissuto come negativo. L'aver compiuto progressi nel rendimento scolastico, il sentirsi un poco più matura le consentono di programmare degli obiettivi, se pure in un suo modo un po' limitato e stereotipo. Quanto si è ottenuto è stimolante non solo per la ragazzina, ma anche per gli insegnanti che la stanno seguendo. Auspichiamo la continuazione di questo indirizzo che ci sembra nutrire ulteriori speranze.

CONCLUSIONI

Vorremmo segnalare, al termine, alcune difficoltà che si sono presentate nella conduzione di questo programma. I maggiori problemi sono comparsi nei colloqui con gli insegnanti di classe e nel coinvolgimento dei genitori.

Spesso gli insegnanti mostrano resistenze verso un approccio ai ragazzi problema che esca dall'ottica esclusiva del rendimento scolastico. Le ragioni di queste remore sembrano risiedere nella loro preparazione, in larga prevalenza finalizzata a portare gli allievi al massimo rendimento possibile sui programmi ministeriali. Ne deriva che i soggetti distanti dallo

standard, sia perché ipodotati, sia perché superdotati (6), risentano negativamente dell'appiattimento educativo. Il nucleo della questione è dunque quello di una psicopedagogia centrata sull'individuo e del suo contrasto con la formazione corrente di chi insegna.

La possibilità di ottenere una cooperazione da parte delle famiglie ha trovato invece ostacoli nel fatto che i genitori tendono spesso a responsabilizzare globalmente la scuola per quanto riguarda l'educazione dei loro figli, facendo poi paradossalmente della scuola un capro espiatorio nei casi di fallimento educativo.

In sintesi, ci sembra importante ottenere una modifica del tipo di preparazione offerto agli insegnanti, il che richiederebbe però una revisione dei programmi ministeriali e una collaborazione più impegnativa da parte delle équipes psico-sociali operanti sul territorio. Occorrerebbe inoltre rendere più incisivo l'apporto dei genitori al contesto globale dell'educazione. Oggi purtroppo, invece, le riunioni nelle scuole fra insegnanti e genitori sono troppo spesso disertate. Il maggiore impegno delle famiglie renderebbe più funzionale ed efficace, nelle sue dinamiche interne, la «costellazione educativa». Non si dovrebbe dimenticare che la miglior crescita dell'individuo nella scuola induce una miglior crescita anche della società, che è in ultima analisi uno specchio fedele dell'educazione.

(6) F. PARENTI: « Il prezzo dell'intelligenza ».

BIBLIOGRAFIA

A. ADLER: « La Psicologia Individuale nella scuola », Newton Compton, Roma, 1979.

A. ADLER: « Psicologia dell'educazione », Newton Compton, Roma, 1975.

D. DINKMEYER - R. DREIKURS: « Il processo di incoraggiamento », Giunti-Barbera, Firenze, 1969.

R. DREIKURS - P. CASSEL: « Disciplina senza lacrime », Ferro Edizioni, Milano, 1976.

R. DREIKURS: « I bambini: una sfida », Ferro Edizioni, Milano, 1969.

R. DREIKURS: « Psicologia in classe », Giunti-Barbera, Firenze, 1961.

F. PARENTI: « Il prezzo dell'intelligenza », Quaderni della Rivista di Psicologia Individuale, n. 1, Milano, 1977.

F. PARENTI - P.L. PAGANI: « Il T.A.T. come reattivo dello stile di vita nell'età evolutiva », Rivista di Psicologia Individuale, nn. 4-5, Milano, ott. 1975 - genn. 1976.

ROSSANA ACCOMAZZO - MARIO FULCHERI

LA PSICOLOGIA INDIVIDUALE DI FRONTE AD ALCUNE PROBLEMATICHE ISTITUZIONALI

Il presente lavoro nasce dalla confrontazione di esperienze condotte, in parte singolarmente, in parte da entrambi gli autori, nell'ambito di diverse istituzioni sociali.

Le osservazioni provengono da attività svolte in:

1. *ambulatorio psichiatrico di clinica universitaria a cui accedono due ordini di pazienti:*
   a) *esterni:* soggetti inviati a visita psichiatrica per lo più da medici di famiglia, qualche volta da specialisti (in questo caso spesso nella prospettiva del ricovero ospedaliero) ed ex ricoverati che vi eseguono controlli periodici;
   b) *interni:* soggetti ricoverati in altri reparti medici o chirurgici per visita di consulenza (in particolare dalla rianimazione in caso di tentativi anticonservativi).
   In qualità di psichiatra in collaborazione non strutturata con altri medici e infermieri.
2. *scuola elementare e materna statale* a cui accedono bambini dai 3 ai 14 anni di un vasto territorio urbano, *in qualità di psichiatra in collaborazione strutturata con uno psicologo e due assistenti sociali;*
3. *consultorio familiare* privato con autorizzazione regionale, a cui accede una popolazione mista di utenti con problematiche psico-sociali a prevalente carattere familiare, *in qualità di consulenti psicologici e supervisori* nelle attività di gruppo degli operatori, *in collaborazione strutturata* con consulenti familiari, medici, specialisti, legali, etc.;
4. *ambulatorio di consulenza neuropsichiatrica* istituito nell'ambito di una industria a favore dei dipendenti (operai, impiegati, dirigenti) che vi accedono su richiesta personale o inviati dai medici di fabbrica, *in qualità di psichiatra in collaborazione non strutturata* con medici ed assistenti sociali di fabbrica;
5. *convalescenziario e casa di riposo per anziani,* di istituzione aziendale, a cui accedono ex dipendenti, *in qualità di consulente psicogeriatra in collaborazione non strutturata* con medici, specialisti, infermieri, assistenti sociali e animatori.

* * *

L'interesse è nato dalla condivisa osservazione della prevalente discrepanza tra le richieste espresse o latenti dei destinatari dei servizi e le risposte offerte.

Il problema di disattendere alle aspettative è nodale per molte istituzioni; non vogliamo qui addentrarci nelle vaste problematiche socio-culturali inerenti le strutture istituzionali ma, consapevoli del fatto che la delusione è particolarmente delicata e rischiosa nell'ambito dei servizi che forniscono prestazioni psicologiche-psichiatriche, ci proponiamo un approfondimento di alcuni aspetti del problema nell'intento di dare un contributo possibilmente traducibile in modelli operativi.

Le difficoltà incontrate nel lavoro di consulenza psicologico-psichiatrica sono molteplici e derivanti da cause diverse; *il nostro interesse è però qui particolarmente rivolto alle dinamiche dell'approccio e dei rapporti: consulente-utente e consulente-operatore.*

La scelta per questo argomento deriva dalla convinzione che soltanto l'analisi dei reciproci atteggiamenti (intesi per lo più come difese) possa far fronte al rischio di un «incontro mancato» che tende a reificare una situazione statica e non permette l'attuazione di alcun progetto effettivamente maturativo.

Abbiamo potuto evidenziare l'emergenza di alcuni atteggiamenti prevalenti nell'approccio con i destinatari e gli operatori dei servizi in cui si sono svolte le nostre esperienze che esporremo in modo descrittivo.

* * *

I.

Per quanto riguarda gli *utenti*, trattandosi di pazienti indirizzati a visita psichiatrica nell'ambulatorio della clinica, bambini e loro eventuali familiari segnalati per particolari problematiche nella scuola, soggetti ritenuti di difficile trattamento nel consultorio familiare, dipendenti inviati dai medici di famiglia a visita neuropsichiatrica nell'ambulatorio dell'industria, anziani ritenuti bisognosi di intervento psicologico-psichiatrico nell'istituto geriatrico, è necessario tener conto della situazione clinica dei singoli che dipende primariamente dalla struttura di personalità e dai vissuti e dalle problematiche individuali.

Si è voluto tuttavia analizzare gli atteggiamenti prevalentemente assunti, nell'approccio, dagli utenti dei vari servizi, per individuare quanto questi potessero non certamente dipendere in modo univoco, ma essere messi in relazione a fattori inerenti l'istituzione stessa, nella prospettiva di poterli eventualmente modificare.

A) *atteggiamento di depressione passiva*, improntato alla sfiducia nelle possibilità di cambiamento, verbalizzato dagli utenti prevalentemente come: «Non credo che i miei problemi si possano risolvere: non c'è nessuno che possa veramente aiutarmi: ho provato tante cure ma inutilmente, ecc.». Questo è stato rilevato per quanto riguarda i pazienti dell'*ambulatorio psichiatrico* più frequentemente negli *esterni non ex ricoverati.*

La chiusura depressiva, che sottointende una resistenza particolarmente tenace al rapporto, può essere messa in relazione con l'esperienza vissuta dai pazienti di rapporti per lo più strettamente medicalizzati e di interventi inducenti la passività e la sfiducia propri di un certo tipo di committenza (come succede quando i soggetti passano più volte di mano: dal medico di famiglia a un primo specialista, quindi a un altro e così via, sottoposti a successivi accertamenti e terapie farmacologiche di dubbio esito).

Analogamente, *nella scuola*, l'atteggiamento di depressione passiva è stato riscontrato nei familiari dei bambini segnalati per problemi per cui si era già ricorsi ad accertamenti e a interventi psicologico-psichiatrici in altre istituzioni.

Caso tristemente emblematico è quello di un bambino di nove anni che frequentava per la seconda volta la terza elementare e che esporremo sinteticamente:

Dopo aver fissato con la madre due appuntamenti (segnaliamo sotto invito dell'insegnante) a cui era mancata, al terzo ella si presentò con un atteggiamento palesemente depresso e sfiduciato.

Dal colloquio emerse che: 1) il figlio venne più volte sottoposto a visite da neuropsichiatri infantili per un problema di enuresi primaria e di frequenti episodi di spiccata anoressia; 2) svolgeva saltuari colloqui con una psicologa dell'ambulatorio pediatrico della zona per violente manifestazioni di aggressività nei confronti dei familiari (particolarmente le due sorelle minori e i cugini); 3) aveva eseguito già due volte test intellettuali, su invito delle due diverse insegnanti che aveva precedentemente avuto, per deficit di apprendimento e rendimento scolastico.

Per quanto riguarda i soggetti osservati nell'*ambulatorio neuropsichiatrico* di organizzazione *aziendale* si è osservato che l'atteggiamento di depressione passiva nell'approccio con lo specialista non era molto frequente e che era in relazione al vissuto nei confronti dell'industria e all'esistenza di problematiche psichiche individuali altrove esposte e non risolte.

Nei casi (che sono i più frequenti) in cui la richiesta di visita di consulenza veniva fatta per problemi variamente inerenti l'ambito lavorativo si è invece registrata l'emergenza di altri atteggiamenti che tratteremo in seguito.

Considerazioni particolari intendiamo si debbano fare circa l'approccio con *gli anziani di un istituto di riposo.*

Come è noto l'interpretazione adleriana del fenomeno dell'invecchiamento, basata sulla constatazione che i tre compiti vitali che costituiscono per l'uomo le principali forme di realizzazione: gli affetti, le relazioni sociali, il lavoro, subiscono con l'età senile profonde modificazioni in senso riduttivo, sottolinea come la crisi della senescenza sia improntata all'impoverimento e alla perdita (limitazione) il cui riscontro emotivo è la depressione.

L'atteggiamento rinunciatario e di sfiducia è proprio quello che anche nella nostra esperienza si è rilevato caratterizzare l'approccio con l'anziano.

Vogliamo sottolineare come nell'ambito di un istituto di riposo si embrichino con i dinamismi propri del processo di invecchiamento psicologico, per lo più rafforzandoli negativamente, altri fattori dipendenti da una particolare realtà socio-istituzionale.

In particolare ne segnaliamo due:

1) Il ricovero in una casa di riposo per anziani non rappresenta quasi mai una scelta libera degli interessati; le motivazioni che più frequentemente la inducono sono infatti: l'inabilità o la malattia cronica, l'insufficiente disponibilità economica o di assistenza domiciliare, le condizioni abitative scadenti, ecc.

È indubbio che la necessità e l'indigenza, piuttosto che stimolare le capacità adattative già ridotte per l'età, inducono vissuti di isolamento ed emarginazione ulteriori.

2) L'anziano sperimenta, in un istituto geriatrico, nuove relazioni interpersonali che lo vedono oggetto di un tipo di assistenza che concede preminente rilievo alle necessità fisiologiche; potremmo dire che più che di rapporti interpersonali si tratta di un accudimento di corpi di per sé già oneroso e per lo più considerato esaustivo delle necessità del vecchio.

Ciò non può che rafforzare il sentimento di inutilità, di finitezza, e quindi di inferiorità, che può indurre all'auto-emarginazione come compensazione negativa.

* * *

B) atteggiamento di *dipendenza improntato alla ipervalorizzazione* dello «specialista», verbalizzato dagli utenti prevalentemente come: «Sono nelle sue mani, solo lei mi capisce e può aiutarmi, farò tutto quello che mi dice ecc.». Questa nell'ambito dell'*ambulatorio psichiatrico* si è constatata essere la modalità di approccio più frequente dei pazienti precedentemente *ricoverati nella clinica.* L'attaccamento dipendente sottointende una resistenza a un rapporto maturativo, in cui però l'esperienza del ricovero ha verosimilmente giocato un ruolo di «incoraggiamento» da un lato, ma di eccesso di protezione dall'altro. La richiesta è quindi del mantenimento di un rapporto vissuto come un «maternage» rassicurante.

Un atteggiamento per alcuni aspetti analogo è stato riscontrato in alcuni *genitori di scolari* che, informati della costituzione dell'équipe psicopedagogica nella scuola, richiedevano spontaneamente un colloquio.

Nell'ambito di questo emergeva che parlare dei problemi dei figli costituiva un tentativo difeso di verbalizzare le proprie ansie di fondo.

L'interesse a incontrare il consulente psicologico nasceva fondamentalmente dal ritenerlo capace di fornire concrete risoluzioni ai propri problemi.

Per quanto riguarda *l'utenza del consultorio familiare*, di cui non si è trattato nell'esposizione dell'atteggiamento di depressione passiva per la

sporadicità del suo riscontro in questo ambito, la tendenza alla dipendenza ipervalorizzante è apparsa come la modalità più frequentemente manifestata nel rapporto. Riteniamo significative, a questo proposito, le seguenti considerazioni: da un lato l'immagine pubblica del consultorio familiare è quella di una struttura deputata alla risoluzione di specifici problemi socio-familiari, dall'altro il consulente familiare, che è l'operatore del servizio con cui per primo l'utente si mette in rapporto, si trova ad essere spesso investito del ruolo di *«dispensatore di consigli»*, a cui non sempre riesce a sottrarsi proponendo una modalità relazionale meno direttiva e più responsabilizzante.

Anche nell'*ambulatorio aziendale* si è rilevata una modalità di approccio con il consulente improntata alla dipendenza, sia pure con particolari connotazioni. Nella maggior parte dei casi, infatti, si è osservato che questo atteggiamento relativo alla valutazione dell'«esperto in psicologia» è stato assunto dai lavoratori appartenenti ai quadri intermedi e alla fascia dirigenziale. Ciò può essere riferito sia alla propensione per gli interventi tecnico-specialistici in senso lato, propria di un certo tipo di utenza con esperienza lavorativa, sia al vissuto apparentemente non conflittuale nei confronti della grande industria, da cui la fiducia nell'efficienza dei suoi servizi. Ci preme a questo proposito sottolineare come la cosiddetta *fedeltà al lavoro* (ma si potrebbe verosimilmente estendere questa considerazione a tutte le «fedeltà») propria di questa fascia di dipendenti, nell'ottica della psicologia individuale possa essere interpretata come una modalità non sempre adeguata di realizzazione della propria volontà di potenza sottesa dalla identificazione della grande industria come espressione di potere.

I modelli socio-culturali cambiano ma potremmo dire che l'essere fedele e adoperarsi per la realizzazione degli intenti perseguiti dall'azienda di grossa portata significa, in qualche modo, far parte della «corte» che si articola intorno a un «potere sovrano» e tende ad appagare il desiderio di appartenenza a un gruppo elitario.

* * *

C) *Atteggiamento manipolativo* improntato all'ossequio o al vittimismo, verbalizzato come: «Lei che sa queste cose deve aiutarmi, sono in questa situazione perché mi ci hanno messo ecc.». Questa modalità di approccio sottointende una resistenza talvolta consapevole, più spesso inconscia, a un rapporto collaborativo in cui l'interlocutore tende ad essere utilizzato per il raggiungimento di mète fittizie.

Questo è stato osservato nei pazienti dell'*ambulatorio psichiatrico* caratterizzati da una struttura nevrotica di personalità con salienze isteriche. In particolare si è riscontrato essere l'atteggiamento più frequentemente assunto dai *ricoverati in reparto di rianimazione* in seguito a *tentativi anticonservativi di tipo dimostrativo*. Occorre osservare a questo proposito che la visita psichiatrica, assunta a prassi in previsione della dimissione, viene spesso recepita come «fiscalizzata», cioè come una specie di controllo o comunque come un accertamento da cui dipendono i successivi

provvedimenti nei confronti del paziente. Inoltre lo psichiatra, in questo contesto, si presta ad essere individuato come un ipotetico tramite, particolarmente attendibile, di messaggi rivolti a coloro cui era indirizzata la protesta e/o la richiesta di interessamento rappresentata dallo stesso tentativo anticonservativo. Tutto ciò può contribuire a rafforzare una tendenza all'ipercompensazione negativa già così manifestata in questi soggetti.

Nella *scuola*, come nel *consultorio familiare*, l'atteggiamento manipolativo si è osservato in soggetti che si prefiggevano l'utilizzazione del nuovo servizio per il raggiungimento di mète ben precise: iscrizione alla scuola materna o al tempo pieno di bambini esclusi dalle graduatorie, modificazioni di scadenti condizioni ambientali, concessioni di sussidi, sistemazione di familiari scomodi ecc. Ciò dipende in parte da un più vasto problema socio-culturale (quello che potremmo chiamare la tendenza così palese all'accattonaggio propria di certi strati della nostra attuale società) ma anche dalla configurazione assunta da questi tipi di servizi che in più occasioni si è prestata a questa utilizzazione.

Nell'*ambulatorio di fabbrica*, per quanto riguarda la nostra esperienza, quest'ultimo atteggiamento può essere considerato come il *prevalentemente assunto dall'utenza* senza distinzione sia del settore operaio che impiegatizio. Ciò è verosimilmente in rapporto con l'osservazione che le motivazioni, verbalizzate o no, che sottendevano il ricorso alla visita di consulenza neuropsichiatrica, sia su richiesta individuale che su indicazione del medico di fabbrica, erano costituite fondamentalmente da problemi di inserimento lavorativo. Questo servizio tendeva cosí ad essere utilizzato allo scopo più o meno manifesto di ottenere un posto di lavoro più soddisfacente, per cui la finalità dell'organizzazione veniva ampiamente mistificata.

Ritorneremo sull'argomento per darne un'ulteriore esplicazione trattando dell'atteggiamento assunto dagli operatori con cui si era in collaborazione in questo ambito.

* * *

II.

Nel trattare ora del rapporto con gli *operatori*, vogliamo sottolineare come gli atteggiamenti che abbiamo chiamato: di depressione passiva, dipendenza ipervalutante, manipolazione ossequiosa, si siano osservati, con particolari connotazioni, anche nell'approccio con questi.

Si è rilevato che, trattandosi per la più di soggetti meno direttamente coinvolti, *la difesa depressiva* emergeva piuttosto come *scetticismo* o attraverso le *accuse* rivolte alle carenze delle istituzioni sociali, in quanto fornenti prestazioni degradate e poco suscettibili di cambiamento.

Ciò è stato spesso registrato nei *medici* in relazione per lo più a un vissuto personale nei confronti della malattia psichica considerata come un qualcosa di nebuloso, difficilmente codificabile scientificamente e affrontata con terapie farmacologiche ritenute pericolose o nocive e con mezzi empirici non attendibili.

Nell'ambito della *scuola* l'atteggiamento di scetticismo è apparso soprattutto negli insegnanti meno giovani e poco sensibilizzati culturalmente ai problemi psichici; essi tendevano a vedere il servizio psicopedagogico più una fonte di interferenza che di collaborazione.

Ciò ci pare possa essere messo in rapporto con la perdita di prestigio e con le frustrazioni sperimentate in seguito all'attuazione delle riforme scolastiche degli ultimi anni che hanno indubbiamente stimolato il vissuto di un incremento degli oneri e di perdita di autonomia di gestione.

Segnaliamo che questo atteggiamento non è stato da noi riscontrato, se non occasionalmente, nei confronti *degli operatori con cui si era strutturata la collaborazione*, come con i membri dell'équipe psicopedagogica nella scuola e con i consulenti familiari. Verosimilmente la collaborazione organizzata, che comporta una chiarificazione dei progetti da perseguire, una spartizione dei compiti e delle responsabilità, viene vissuta come rassicurante e quindi induce fiducia.

Tale rassicurazione, qualora non venga ulteriormente elaborata, pur potendo costituire un ostacolo a una successiva maturazione trasformativa, riteniamo possa svolgere una funzione d'incoraggiamento che tiene a bada l'emergenza di difese più regressive che impediscono invece qualsiasi possibilità di progetto.

Ad opporsi al sentimento di pessimismo tra gli *operatori* del servizio di *organizzazione aziendale* è probabile che abbia agito un processo di identificazione con le strutture efficienti che induce fiducia nelle potenzialità dei propri servizi.

Nell'*istituto di riposo* l'atteggiamento scettico e rinunciatario nei confronti dei problemi psichici dell'anziano, per lo più rilevato fra gli operatori, costituisce l'osservazione particolare di un più vasto problema per cui, anche se da qualche tempo le problematiche della terza età attirano un crescente interesse, a tutt'oggi prevale il senso di difficoltà a trovare soluzioni operative piuttosto che una effettiva disponibilità a trasformare un rapporto emarginante in uno riabilitante. Ne è testimonianza il fatto che, anche per la maggior parte delle scuole psicoterapeutiche e psicoanalitiche, l'età avanzata è considerata fondamentalmente come fattore di controindicazione per il trattamento, se non addirittura di esclusione. (Rimandiamo a questo proposito al lavoro di M. Fulcheri: «L'individualpsicologia e gli anziani» in cui si affronta specificatamente questo tema).

L'atteggiamento di *dipendenza con ipervalutazione* del consulente psicologico si è osservato caratterizzare l'approccio con gli *operatori con cui si era strutturata la collaborazione, sia nella scuola che nel consultorio familiare*, come, almeno in una fase iniziale, con i *medici e le assistenti sociali di fabbrica*. Questo apparente atteggiamento di fiducia nelle potenzialità del rapporto collaborativo, determinato in parte dai fattori sopraesposti, sottende in effetti una disponibilità a eseguire compiti a favore degli utenti, piuttosto che ad assumere consapevolezza dei loro problemi. Questi operatori infatti, almeno in una fase iniziale, apparivano come spettatori di qualche cosa che avveniva di fronte a loro e in cui si aspet-

tavano che gli «esperti in psicologia» giocassero la parte attiva fornendo gli opportuni chiarimenti e informazioni.

L'atteggiamento manipolativo ossequioso è stato da noi rilevato in due gruppi di operatori:

1) *volontari* che prestavano servizio in consultori pubblici e privati, contattati nell'ambito di gruppi di formazione, in cui il rapporto con il conduttore era improntato alla conferma della validità del proprio operato. Si apre qui il grosso problema del *volontariato*, che oltre ad essere interpretato come un meccanismo di sublimazione, può, nell'ottica adleriana, sottendere spesso una resistenza alla modificazione di uno stile di vita improntato a un eccesso di volontà di potenza.

Così i volontari tendono a proporsi come papà e mamme buoni, manifestando nei confronti degli utenti un atteggiamento come di «adozione», da cui ci si aspetta un riconoscimento encomiativo e una dedizione che si oppone alle possibilità di crescita.

In questa modalità di approccio emerge, a nostro giudizio, più che un effettivo sentimento sociale, che riteniamo fondamentale per l'avvio di collaborazioni positive, un ossequio a un desiderio appropriativo di un «sapere potere».

2) *assistenti sociali e medici del servizio di consulenza neuropsichiatrica aziendale.* Nell'ambito della nostra esperienza, in questo settore, è stata rilevata una significativa modificazione degli atteggiamenti emergenti nel rapporto con lo specialista; da una fase iniziale caratterizzata dalla dipendenza valorizzante, a una successiva di più o meno consapevole tendenza alla manipolazione.

Ciò riteniamo sia dipeso dalla *involuzione* che i servizi di psicologia applicata all'industria hanno subìto negli ultimi anni.

Si è infatti assistito a un graduale cambiamento dell'identità di questi, che, nati inizialmente con finalità preventive nell'ambito di un progetto di igiene e profilassi, sono andati trasformandosi in strumenti per ottenere una maggiore efficienza e produttività.

* * *

Per affrontare gli aspetti segnalati riguardanti le difficoltà dell'approccio e del rapporto negli ambiti istituzionali in cui si sono svolte le esperienze, riteniamo presupposto fondamentale la *formazione psicodinamica* del *consulente psicologico-psichiatrico.*

Ciò è necessario per la presa di coscienza delle resistenze ad apportare mutamenti nei propri stili di vita emergenti nelle condotte degli utenti e degli operatori, ma che possono riguardare il consulente stesso. Infatti solo sulla base di una adeguata formazione psicologica personale quest'ultimo può evitare o di essere coinvolto nello stesso immobilismo depressivo che abbiamo segnalato emergere frequentemente a livello istituzionale (espresso per esempio aderendo all'attacco alle inefficienze delle strutture), o di

accettare il conferimento di un potere in quanto detentore del sapere e degli strumenti più o meno magici di risoluzione dei problemi, o di sentirsi attaccato dalla manipolazione e cadere in un atteggiamento di scontro per timore dell'esautorazione.

A ciò può essere contrapposto, nell'ottica adleriana, un atteggiamento di solidarietà per quanto riguarda le problematiche degli utenti e gli oneri degli operatori, ma contemporaneamente di sensibilizzazione sul fatto che, come ha fatto rilevare Castello in un suo recente lavoro sull'analisi di iniziative sociali: «esistono indubbiamente difficoltà pratiche, disomogeneità culturali ed ideologiche, carenze ed emergenze economiche, legislative ed organizzative, ma la ipervalutazione delle difficoltà lascia poco spazio alla maturazione del sentimento sociale e della solidarietà fra i gruppi e fra gli individui».

È possibile altresì promuovere la consapevolezza che condizione fondamentale per qualsiasi progetto maturativo è la reciproca verifica nella situazione nuova, la collaborazione operativa, l'accettazione dei limiti, la spartizione delle responsabilità, in modo da permettere, attraverso una effettiva maturazione, il raggiungimento di mète adeguate nel senso utile della vita.

La psicologia individuale, sia per i suoi presupposti teorici che per gli strumenti operativi, riteniamo si presti particolarmente ad essere utilizzata per affrontare alcune delle problematiche psico-sociali emergenti a livello istituzionale.

In particolare di fronte sia al problema della eterogeneità dei pazienti sia dell'impossibilità di operarne una selezione nei servizi psichiatrici pubblici, ci pare offra la possibilità di una modulazione del rapporto terapeutico in un'ampia gamma di interventi.

BIBLIOGRAFIA

1) ACCOMAZZO R., FULCHERI M.: « La psicoterapia analitica adleriana come indagine e revisione di modalità relazionali nelle prospettive del recupero del sentimento sociale », Atti del XIV Congresso della Società Italiana di Psicoterapia Medica, Firenze, 1980.

2) ADLER A.: « Il temperamento nervoso », Newton Compton, Roma, 1971.

3) ADLER A.: « Psicologia individuale e conoscenza dell'uomo », Newton Compton, Roma, 1975.

4) ANSBACHER H.L. e ANSBACHER R.R.: « The individual psychology of Alfred Adler », Basic Books, New York, 1956.

5) BALINT M.: « Medico, paziente e malattia », Feltrinelli, Milano, 1961.

6) CASTELLO F.: « La psicologia individuale come strumento di verifica di iniziative sociali - Considerazioni analitiche sulla riforma sanitaria », Rivista di Psicologia Individuale, anno 9, n. 14, 1981.

7) CORSINI R. e Coll.: « Current personality theories », F.E. Peacock Publishers Inc., Itala, Illinois, 1977.

8) DINKMEYER D. e DREIKURS R.: « Il processo di incoraggiamento », Giunti e Barbera, Firenze, 1974.

9) ELLENBERGER H.T.: « La scoperta dell'inconscio », Boringhieri, Torino, 1971.

10) FAIRBAIRN W.R.D.: « Una completa teoria delle relazioni oggettuali della personalità ed interazione umana » (Guntrip H.), Boringhieri, Torino, 1977.

11) FULCHERI M.: « La psicologia individuale e gli anziani », Rivista di Psicologia Individuale, anno 8, n. 13, 1980.

12) LANGS R.: « La tecnicae della psicoterapia psicoanalitica », Boringhieri, Torino, 1979.

13) MAROCCO MUTTINI C.: « A proposito di una esperienza di gruppo eterocentrata », Rivista di Psicologia Individuale, anno 9, n. 14, 1981.

14) NAPOLITANI D.: « Le posizioni relazionali nel gruppo in rapporto agli investimenti narcisisti ed oggettuali », in « Therapy in psychosomatic medicine », Atti III Congresso Mondiale ICPM, Roma, 1975.

15) PARENTI F. e PAGANI P.L.: « Protesta in grigio - Nel labirinto della depressione », Editoriale Nuova, Milano, 1980.

16) PARENTI F., ROVERA G.G., PAGANI P.L., CASTELLO F.: « Dizionario ragionato di psicologia individuale », Cortina, Milano, 1975.

17) ROVERA G.G. e Coll.: « Individual-Psicologia, Antropologia Culturale e Transculturalismo », Rivista di Psicologia Individuale, anno 6, n. 9, settembre 1978.

18) ROVERA G.G.: « La individual-psicologia: un modello aperto », Rivista di Psicologia Individuale, anni 4-5, nn. 6-7, 1977.

19) RUSCONI S.: « I processi di identificazione all'addestramento psicologico » in Luban Plozza, Antonelli F.: « Introduzione ai gruppi Balint », Ed. Il Pensiero Scientifico, Roma, 1975.

20) SAPIR M.: « La formazione psicologica del medico - Da Balint ad oggi », Ed. Etalibri, Milano, 1975.

21) SCHAFFER H.: « La psychologie d'Adler », Masson, Parigi, 1976.

22) TEDESCHI C.: « Elementi di psichiatria dinamica », Il Pensiero Scientifico, Roma, 1974.

23) WOLMAN B.L. e Coll.: « Manuale delle tecniche psicoanalitiche e psicoterapeutiche », Astrolabio, Roma, 1974.

Lino G. Grandi - Francesca Di Summa

IL MINORE È IMPUTABILE?

Ragioni di spazio consigliano di presentare una sintesi della relazione svolta al Congresso; pertanto riteniamo opportuno informare in merito alla struttura del lavoro.

La ricerca è suddivisa in cinque parti: la prima riguarda specificatamente la problematica della imputabilità e vengono proposti espliciti riferimenti in merito al dettato del legislatore, così preoccupato troppo spesso di suggerire «criteri oggettivi» che poi risulteranno essere a scapito delle caratteristiche di personalità del sottoposto a giudizio. Si constata come si fronteggino due modalità di approccio: la prima tutta compresa nella ricerca di uno stretto rapporto consequenziale causa-effetto, sostenuta da riferimenti statistici; la seconda, squisitamente clinica, sicuramente più valida ma anche più indeterminata. Seguono poi considerazioni sul divieto della «perizia psicologica» per i maggiori di anni 18, mentre invece appare consigliata quando ci si occupa di minorenni: la differenziazione, così netta, non può non produrre perplessità.

La seconda parte cerca di segnalare argomenti idonei a promuovere chiarezza metodologica e pertanto, a livello epistemologico, vengono avanzate considerazioni in merito alle problematiche interpretative specificatamente nei riguardi della devianza minorile, con preciso riferimento all'ultimo decennio. In particolare viene sottolineata la discrasia fra teoria e prassi allorché sulla pratica si affronta l'(in)consistenza degli interventi previsti.

Le parti terza e quarta, riguardanti «Il problema dell'imputabilità del minore» e le «Considerazioni tecniche desunte dal pensiero di A. Adler, ecc.» vengono integralmente riportate nelle pagine seguenti.

La quinta parte affronta a mo' d'esempio uno dei tanti aspetti che possono sottostare al processo di devianza di un futuro «delinquente»; viene preso in esame il ruolo della madre ed il linguaggio verbale e non, per meglio comprendere l'insorgere di forme di psicopatia.

Parte terza

IL PROBLEMA DELL'IMPUTABILITÀ DEL MINORE

È noto che il codice penale, art. 85, indica che nessuno può essere punito per un fatto preveduto dalla legge come reato se, al momento in cui lo ha commesso, non era imputabile. D'altronde per essere considerati passibili di imputazione, è necessario che si sia ritenuti capaci di intendere e di volere. Ciò è previsto esplicitamente dal codice che infatti, nel dettato dell'art. 42, contempla la non punibilità per un'azione od omissione preveduta dalla legge come reato, se non è stata commessa con *coscienza e volontà.*

Definire coscienza e volontà a livello psicologico e sociologico è questione assai problematica. Adorno ad esempio, trattando l'argomento dei crimini di guerra, a seguito degli eventi bellici del Vietnam, tendeva a dividere la responsabilità collettiva rispetto alla responsabilità individuale, quasi a significare che il contesto sociologico specifico può modificare sostanzialmente la presa di coscienza e la decisione volontaristica.

I sociologi di inizio secolo, ad esempio, indicavano a proposito del tema del linciaggio che i vari attori dello stesso, presi singolarmente, non avrebbero mai commesso nulla di infame e giungevano quindi a ipotizzare, con Freud, l'azione di gruppo come forma di patologia collettiva.

Affrontando il problema nei riguardi degli adolescenti, gli aspetti da considerare aumentano. Il legislatore stesso ha compreso la questione e, pur nella freddezza espositiva del codice (art. 98 cod. pen.), afferma: «è imputabile chi, nel momento in cui ha commesso il fatto, aveva compiuto i 14 anni, ma non ha ancora i 18, se aveva capacità di intendere e di volere, ma la pena è diminuita».

Ma allora, questa capacità di intendere e di volere, c'è o non c'è? Decisione salomonica è la valutazione caso per caso, e per tale accertamento è invalso ormai l'uso di avvalersi del parere di un tecnico dell'età evolutiva, psicologo o psichiatra non importa, (ed invece riteniamo che dovrebbe importare, ma non rispetto al titolo, bensì riguardo la specifica preparazione).

Indagini sullo sviluppo intellettivo e volitivo sono possibili, sia pur con tutte le difficoltà connesse alla non volontarietà degli accertamenti da parte del soggetto in esame.

Molte volte poi tali incontri diagnostici avvengono in situazione di detenzione e di questa ulteriore difficoltà non si può non tenere conto.

Aveva quindi al momento del fatto la capacità o l'attitudine a distinguere il bene dal male, il lecito dall'illecito e l'attitudine al volere, cioè al determinarsi delle scelte? Ipotizzare che basti il buon senso o una vaga cultura psicologica è per lo meno superficiale.

Il perito psicologo dovrà pertanto segnalare al magistrato, riferendosi ad una aggiornata esperienza dei giovani di 14-18 anni, informazioni compiute su quanto sopra esposto, in particolare non trascurerà di procedere

ad una valutazione complessiva della personalità. La capacità di intendere e di volere sarà soggetta ad attenta valutazione; in particolare dovranno essere esposte le ragioni scientifiche che inducono a formulare uno specifico parere, con attento autocontrollo rispetto a posizioni personali, che possono lasciar intendere un'arbitraria ed artificiosa distinzione.

Ma per una valutazione globale della personalità e quindi della maturità, quali possono essere i parametri da usare? I dati in nostro possesso indicano che esistono differenze anche nette tra le percentuali di minori giudicati immaturi da tribunali diversi. Ne deriva la constatazione della variabilità estrema dei parametri di giudizio che concretamente vengono utilizzati e su cui influisce tutta una serie di fattori che va dalla formazione culturale e dalla personalità dei singoli magistrati, all'ambiente socio-culturale che li circonda e inevitabilmente li condiziona, alle possibilità di intervento alternativo a quello penale che l'ambiente stesso offre.

Lo psicologo non può invece illudersi di procedere asetticamente; dovrà necessariamente fare riferimento a quello che è l'ambiente di provenienza del minore, essendo dato ormai acquisito che le modalità di sviluppo intellettivo ed affettivo, oltre che i comportamenti considerati come «maturi», vanno valutati in relazione all'ambiente socio-culturale di appartenenza. Se infatti le norme e la mentalità proprie dei nuclei primario e secondario di provenienza condizionano qualunque individuo anche adulto e maturo, e non a caso prima si è fatto riferimento vuoi ad Adorno, vuoi ai sociologi di inizio secolo, a maggior ragione debbono essere studiati i condizionamenti dell'adolescente.

Piaget ricorda che il giovane non possiede ancora la globalità dei suoi possibili strumenti cognitivi e quindi ben difficilmente possiamo ipotizzare — se concordiamo e non si vede come si possa dissentire — che egli sia in grado di collocare il suo punto di vista, derivato dai dati ambientali acquisiti con immediatezza, nell'universo del possibile, riuscendo cosí a viverlo come relativo e non come assoluto; né ha ancora strutturato un grado tale di autonomia da compiere le proprie scelte senza riferimento costante alla famiglia o al gruppo dei coetanei.

L'accertamento peritale dovrà quindi essere centrato sulla preoccupazione di comprendere le occasioni che sono state offerte al minore per facilitargli la strada dell'introiezione delle più comuni regole sociali, quindi per una costruttiva integrazione nella società. Attenzione particolare allora alla scuola e, per estensione, un esame dell'azione delle principali agenzie specializzanti. Se proprio la scuola, che avrebbe il compito di integrare il bambino dall'ambiente ristretto di provenienza nella più ampia società, l'ha precedentemente emarginato — come troppo sovente avviene — come è poi possibile che il ragazzo si appropri delle norme sociali e le accetti? Se poi ci soffermiamo sulle esperienze lavorative e di apprendistato compiute dal giovane, eccoci veramente caduti in crisi profonda, poiché ora sappiamo che non possiamo più mentire a noi stessi perché il tutto si dipana davanti ai nostri occhi con estrema chiarezza. Chi si è veramente preoccupato di offrire un modello corretto dei diritti-doveri?

Si è scoperto nel nostro lavoro nell'ambito delle devianze minorili che esperienze di sfruttamento degne di essere riportate sulle pagine della cronaca nera sono quotidiane, e ciò in palese contrasto, anzi ad irrisione delle leggi vigenti, rispetto ad esperienze che, oltre a produrre vissuti di frustrazione, hanno contribuito a inculcare nel giovane l'idea che in fondo violare le norme giuridiche è un fatto normale.

La disamina della sua realtà psicologica ci porta a domandarci e ad appurare se effettivamente questi ha potuto apprendere l'esistenza della norma che ora gli si imputa di aver violato; ciò però non in astratto, ma in concreto, poiché una norma non rispettata (o poco rispettata) dal mondo adulto è una non-norma. Il bimbo che ci vede non rispettare le segnalazioni stradali ed i semafori in particolare, pur sapendo che non si deve «passare con il rosso», ritiene di essere autorizzato a trasgredire la regola, poiché in effetti, se si generalizza la trasgressione, regola non è più. Infatti non è valido psicologicamente presupporre che un adolescente possa essere così autonomo da vivere come vincolante una norma che non vede applicare dagli adulti che lo circondano.

Si ha persino la sensazione, al riguardo, che la giurisprudenza sia più avanzata della psicologia di certi esperti.

La Cassazione già nel 1976 segnalava che la incapacità di intendere e di volere da immaturità ha carattere relativo, essendo fondata su elementi non soltanto psichici, ma anche socio-pedagogici; l'esame della maturità mentale del minore va perciò compiuto con riferimento alla condotta posta in essere; per alcuni delitti infatti è sufficiente un grado di maturità minore di quello occorrente per rendersi conto del disvalore sociale di altri reati, la cui contrarietà alle esigenze fondamentali della vita di relazione è meno appariscente e richiede un grado di consapevolezza più evoluto.

Ecco quindi che lo psicologo chiamato per esprimere un parere dovrà preoccuparsi di riferire al Magistrato procedente se il fatto specifico, in ipotesi, sia concretamente imputabile al minore, se cioè sia stato commesso con la normale coscienza e volontà libera e non se il minore abbia raggiunto una generica capacità di intendere e di volere (vedi circolare n. 721/3196 del 7 febbraio 1957, emanata dall'Ufficio IV Ministero di Grazia e Giustizia).

Da un lato quindi «necesse est» tenere nel debito conto l'ambiente di provenienza; dall'altro esaminare i comportamenti ritenuti costituenti reato secondo quanto legiferato alla luce di ciò che è comunemente accettato dalla popolazione adulta e minorile di un determinato ambiente. Se è lecito per il codice morale del gruppo dei pari e dei più accessibili modelli di identificazione, un particolare comportamento, come possiamo in coscienza ritenere penalmente perseguibile colui che vi si adagia o lo fa proprio? Tale considerazione, che può valere anche per il mondo adulto, a maggior ragione ci invita a riflettere, poiché con immediatezza appare anche un altro aspetto decisamente significativo: l'età. Sappiamo che negli anni 14-18 avvengono modificazioni sul piano intellettivo ed affettivo. I nostri studi e l'attività concreta esercitata in questi anni ci permettono di confermare

quanto da più autori sottolineato, e cioè che raramente il ragazzo della suddetta fascia di età è in grado di integrare i vari sistemi di norme in vario modo a lui pervenuti, per esprimere poi una scelta; si tratta di una affermazione che invece non è possibile sostenere con altrettanta sicurezza per i maggiori di anni 18, presumendo per costoro che abbiano acquisito la necessaria capacità di operare una scelta fra i vari modelli, scelta che rappresenta il problema centrale e quasi drammatico della crisi adolescenziale della nostra società.

Le interrelazioni sociali divengono ogni giorno più difficili e la crisi ormai tipicizzante ogni situazione del vivere in comunità, megalopoli od anche centri di più ridotte dimensioni, indurrebbe almeno a considerare l'ipotesi di un innalzamento da 14 a 16 anni per affrontare in termini giuridici le questioni relative all'imputabilità, od almeno introdurre strumenti di amministrazione della Giustizia analoghi alla «probation» dei paesi anglosassoni, strumenti che contemplano la possibilità di non penalizzare il ragazzo anche senza dover ricorrere al proscioglimento per non imputabilità.

È auspicabile un approfondimento di contatti fra esperti psicologi e magistrati, anche per le barriere di diffidenza reciproca che attualmente caratterizzano il rapporto. Collaborando e soprattutto ponendosi al servizio del magistrato committente, calandosi nell'habitus professionale anziché recitando ruoli di onniscienza e di pseudo-psicologia politica, sarà possibile conseguire apprezzabili risultati, e ciò a vantaggio vuoi del soggetto a giudizio, vuoi della collettività stessa. Sappiamo ad esempio che, nei contatti con il giudice, lo psicologo raramente si sofferma a precisare i presupposti teorici da cui parte, per poter poi formulare le considerazioni alle quali è pervenuto, con l'evidente incongruenza che al lettore possono sembrare prive di logica.

Anche il Magistrato sovente appare preda di pregiudizi, e segue criteri personali e consuetudinari; in ciò avvalendosi della possibilità di considerarsi peritus peritorum, oltre che di non chiedere o di contraddire il parere del tecnico. Sembra assurdo, ma motivazioni acritiche e semplicistiche sono state proposte anche dalla Corte di Cassazione. In proposito se ne cita una, Cass. 24 febbraio 1976, «L'accertamento relativo alla capacità di intendere e di volere del minore degli anni 18, non è necessariamente vincolato a speciali indagini tecniche; ma può essere connesso allo sviluppo psichico desunto dal comportamento del soggetto».

Sia ben chiaro che non si tratta certamente di una sentenza isolata: purtroppo ve ne sono altre e ciò induce a temere che pseudo-interessi di casta prevalgano rispetto alle effettive esigenze della giustizia. La strada che attualmente percorrono molti studiosi del diritto è però ben diversamente impostata, e sicuramente in linea oppositiva a quella denunciata poco sopra. Però questo non è sufficiente: è il problema della professionalità dello psicologo quello che denuncia le stigmate di una vistosa precarietà, è la sostituzione del momento politico, o tutt'al più socio-culturale al momento tecnico dell'acquisizione di validi strumenti di indagine conoscitiva, che

portano a considerazioni di pressappochismo degli psicologi e quindi alla convinzione che è meglio il buon senso del giudice rispetto ad un qualcosa che non si riesce a definire

Tornando al problema della diffidenza, constatiamo che nei pochi casi in cui un Tribunale Ordinario chiede perizia psicologica per un minore, avviene che il tecnico spesso venga chiamato ad esprimere il proprio giudizio in relazione a fatti che conosce solo attraverso i vissuti del minore mentre, proprio per esprimere un parere sulla imputabilità, sarebbe necessario un confronto tra dati e vissuti. Sarebbe cioè necessario conoscere i fatti attraverso le ricostruzioni espresse anche da operatori che agiscono su basi differenti.

I «ben pensanti» temono che lo svilupparsi di una collaborazione fra magistratura e psicologi possa produrre un incremento di situazioni considerate depenalizzanti e quindi venga meno il presupposto punitivo, barriera per il conseguimento del Controllo Sociale. Evidentemente prestano scarsa attenzione al momento preventivo, ed anche a quello del recupero: proprio grazie all'opera dello psicologo, si possono recuperare, all'interno della storia individuale, elementi ed esperienze che possono servire da punto di partenza per costruire progetti di vita tali da soddisfare tanto i bisogni del ragazzo, quanto le norme sociali.

La nostra esperienza concreta ci permette di proporre un'altra via alla comprensione del quadro di riferimento del minore e quindi alla sua imputabilità, via che esce dagli schemi tradizionali.

Si è fatto ricorso ad esempio a tecniche di gruppo, idonee più di altre modalità di approccio, ad evidenziare le effettive esperienze del sottoposto a giudizio ed in particolare i modelli socio-culturali che hanno caratterizzato la sua evoluzione.

La situazione in sé d'altronde è più favorevole rispetto all'approccio tradizionale, anche perché favorisce una decantazione del significato «di esame» dell'incontro con lo psicologo ed inoltre meglio evidenzia la specificità culturale e le caratteristiche più genuine della personalità del ragazzo. Se poi i dati acquisiti vengono ulteriormente correlati con i contributi che possono offrire i tecnici del territorio, ecco che perderà ulteriormente di significato il dubbio sulla validità delle prove peritali in contesto di detenzione, proprio perché la decodificazione dei dati ha subìto significativi controlli.

L'insieme delle sopraripportate considerazioni segnala la possibilità che, per molti minori, la responsabilità psicologica del reato per il quale sono sottoposti a giudizio (imputabilità) sia effettivamente assai esigua. Sembrerebbe che la pena abbia quindi un significato essenzialmente di deterrente, quindi repressivo, e che si voglia trascurare la possibilità di agire a livello preventivo, anche perché gli interventi sarebbero oggettivamente più complicati e difficoltosi e, diciamocelo, dovrebbero partire da un'analisi sofferta delle difficoltà del mondo degli adulti, delle sue incomprensioni, della sua non volontà di rivedere gli schemi interrelazionali. Può anche essere un metodo efficace quello di far apprendere le norme per

mezzo delle punizioni, ma ci sembra che il costo sia troppo elevato, anche perché gli ambienti istituzionalmente preposti alla rieducazione non sono poi così finalizzati allo scopo e sovente si traducono in luoghi di ulteriori dicotomie interpretative, quindi a valenza diseducativa e destabilizzante, veri e propri momenti di sviluppo delle difficoltà psico-sociologiche che già hanno condotto alla detenzione.

Parte quarta

CONSIDERAZIONI TEORICHE DESUNTE DAL PENSIERO DI A. ADLER SULLA EVOLUZIONE DELLA PERSONALITÀ «DEVIANTE». L'APPROCCIO AL PROBLEMA DAL PUNTO DI VISTA DELLA PSICOLOGIA INDIVIDUALE

L'approccio secondo la metodologia della Psicologia Individuale al problema fin qui trattato è di tipo finalistico, centrato cioè su di una psicologia d'uso, di immediato intervento, che avrà certamente una base filosofica cui far riferimento, ma che non diviene castrante od impositiva. Per usare l'espressione di Kurt Adler, non si tratta di una psicologia di possesso. L'intervento pertanto porterà alla comprensione di quanto viene realizzato o comunque messo in atto da un individuo, di come si serve delle capacità e delle possibilità di cui sa di poter disporre, e poco si occuperà dell'ipotesi di conseguimento di altre potenzialità qualora avesse strutturato determinate impostazioni di vita piuttosto che altre.

Il richiamo alla comprensione dello stile di vita di ciascun uomo è d'obbligo: le connotazioni basilari già sono definite sin dai primi quattro-cinque anni. Praticamente si è appropriato di concetti importanti che gli serviranno per il suo crescere nel mondo e nella vita; ricordiamo fra gli altri come può il piccolo dell'uomo atteggiarsi nei confronti del mondo circostante, la sua interpretazione dei fatti quotidiani, l'autoconsiderazione rispetto a se stesso e agli altri, il valore assegnato ai rapporti sociali e le modalità intrinseche al viversi nella collettività, ecc... Ogni esperienza verrà praticamente interpretata ed introiettata alla luce degli schemi di cui si è appropriato.

Condividiamo con il Maestro che la salute mentale è proporzionale all'interesse sociale che si sa esprimere, che si è acquisito, che insomma qualifica lo stile di vita.

Si tratta di un sentimento che spinge verso la comunità o parte dei suoi membri, che permette la cooperazione, che sviluppa il senso di appartenenza e di partecipazione: se un tempo, ai primordi della civiltà, il

congiungere le forze era indispensabile per la sopravvivenza poiche isolatamente l'uomo era l'animale più debole, oggi è per il bene comune che si esprime l'alleanza, ovviamente meno direttamente rispetto a quelle che un tempo angosciosamente erano le esigenze primarie; bene comunque, anche ai nostri giorni, fondamentale per una vita più gioiosa e serena, quindi anche meno soggetta all'incombere delle privazioni.

Eppure sentimenti di inadeguatezza troppo sovente soffocano l'uomo, e più ancora il giovane, oggetto del nostro studio. Allorché ci imbattiamo in un minore che ha avuto problemi con la giustizia — ma ciò vale anche per molti altri meno sfortunati — ecco che scopriamo tutta una organizzazione di *espedienti di salvaguardia* che altro scopo non hanno se non quello di preservare una qualche forma di stima di sé, in un contesto che peraltro lascia ben poco spazio ad una effettivamente libera espressione. È un mentirsi, è nascondersi la verità per ridurre il livello di sofferenza!

Caratteropatie, varie altre forme di nevrosi e psicosi, sono i meccanismi di difesa che più appaiono all'occhio del tecnico, e pur constatando la loro povertà di risultati per l'individuo, restano ciononostante i soli cui fare riferimento, poiché si avverte che da molto, molto tempo sono stati adoperati, che si tratta di modelli sperimentati fin dalla prima infanzia, che in fondo sono i soli ad essere stati acquisiti.

Prima però di soffermarci sui modelli offerti al bambino dal contesto sociale di più immediata vicinanza, in fondo quindi dal micro o macrogruppo di appartenenza, guardiamo al rapporto con la madre e come la stessa abbia nevroticamente influito sulla strutturazione del sentimento sociale e della stima di sé.

Oggettivamente debole ed insufficiente, eccolo divenire *insufficiente sociale* per l'errata convinzione (ma sarà poi errata? O senza supporti è così effettivamente?) che la vita è una miniera di sofferenze, è una montagna erta da scalare, è pericolosa per l'effettiva e reale inferiorità organica, troppo spesso determinata non solo dall'essere piccolo rispetto all'adulto, ma anche da costituzioni fisiche deboli, da ambienti i cui messaggi si presentano come dissociati, da circostanze sociali di per se stesse portatrici di difficoltà esistenziali.

Le situazioni che siamo andati descrivendo favoriscono lo stabilizzarsi di sentimenti di inferiorità che, sotto la pressione vieppiù costante dell'insicurezza dilagante, finiscono con il produrre preoccupazione eccessiva rispetto alle esigenze più sentite e sofferte e quindi rispetto anche ai più immediati bisogni, con conseguente distacco dalle problematiche sociali emergenti, quindi impedendo il sano sviluppo del sentimento sociale.

Si tratta di una formazione specifica ed arbitraria rispetto alla comprensione delle impressioni che colpiscono la pellicola del bambino nei suoi primi anni di vita, quindi; ma anche determinata da quanto il mondo esterno scarica su di lui, non soltanto da quel qualcosa derivato dal suo stato organico. L'arbitrarietà lascerà presto il posto alla sola specificità, che potrà ancora ovviamente avere il sapore della arbitrarietà ma che diviene specifica perché costante, perché interpretabile, perché prevedibile una volta acquisita la chiave di lettura dello stile di vita.

Errata o no, di raggiunta consapevolezza si tratta, impostata su schemi ben definiti, per cui l'agire o le considerazioni che avremo modo di osservare e studiare, si presentano con coerenza in chiave teleologica.

Già quindi col bimbo in precocissima età possiamo e dobbiamo prendere atto di quello che potrà essere il grado di adattabilità alla vita sociale: basta non trascurare il suo modo di porsi di fronte a situazioni che richiedono una qualche forma di coraggio, oppure di risposte che lascino intendere un minimo di capacità «a tenere i piedi per terra», oppure ancora la tendenza ad agire secondo utilità o dannosità rispetto alla collettività, aspetti tutti che sottendono la personale inclinazione ad affrontare il mondo e ad interagire con esso, aspetti che però sappiamo di poter già osservare, quindi comprendere, quindi aiutare a correggere con opportuni accorgimenti fin dalla scuola materna.

Osservando bimbi all'asilo, in particolare quelli più problematici, si è constatata una grave deficienza del ruolo materno: incapace di esprimere una compiuta e calda affettività, la madre non è riuscita di conseguenza a far sviluppare il sentimento sociale allargando il bimbo verso gli altri, preparandolo quindi a trovare in sé le modalità per convivere con i propri coetanei.

Vi è poi tutta una casistica di difficoltà oggettive che il bimbo incontra lungo le tappe della sua evoluzione.

Le risposte, per lo più inadeguate, possono favorire l'insorgere di note sociopatiche quando non addirittura di vera e propria devianza:

— *Bimbi gracili*, soggetti a continue malattie e cure, indotti dalla loro difficile esistenza a considerare la vita come sofferenza. La gioia di vivere in loro è scomparsa, la preoccupazione per il proprio corpo è intensa, non possono occuparsi degli altri né se stanno bene, né se sono malati. Possono apparire egoisti, ma in realtà sono solo dei superdifesi; comunque non può svilupparsi spontaneamente in loro il sentimento sociale e un domani saranno facile preda di meccanismi di suggestione e potranno anche compiere atti delittuosi, poiché non ha avuto luogo l'identificazione con gli altri, con la loro sofferenza.

— *Bimbi viziati*, bisognosi di sentirsi costantemente protetti e seguiti da una sola persona adulta, con una concezione ovviamente personalizzata della vita e dei problemi annessi e connessi, ma abituati allo sforzo e desiderosi di conseguire con immediatezza il successo. Il numero di questi bimbi è particolarmente elevato, la connotazione comune è la mancanza di iniziativa e la non capacità di procedere in attività richiedenti sforzo. Sono assai frequenti fra i minori incontrati dopo il quattordicesimo anno d età nelle Sezioni di Custodia Preventiva e quasi tutti presentano uno stato psicologico di dipendenza ed una notevole mancanza di iniziativa. Si avverte che tutto è troppo difficile e che, a parte momenti di esibizionismo (spacconerie ed altro), non hanno fiducia nelle proprie capacità. È facile evidenziarli perché in situazioni di detenzione assumono un ruolo gregario verso qualche «anziano» ritenuto potente imitandolo anche negli atteggiamenti e sono disposti a tutto pur di ottenere l'appoggio e la protezione.

— *Bimbi «vinti dalla vita»*, da sempre convinti di essere rifiutati. In questa categoria spiccano particolarmente gli illegittimi, i non desiderati, gli orfani, i non gradevoli di aspetto. Non a caso nel nostro lavoro peritale sovente si incontrano minori con tali caratteristiche.

Potremmo citare altre categorie, con Adler, quali ad esempio tutte quelle significanze nevrotiche che sfociano in devianza allorché la situazione ambientale congiura per cadute del sentimento sociale: per questo ci si richiama alle problematiche connesse al ruolo di figlio unico, alla convinzione di ritardo mentale, a forme di scoraggiamento od ambizioni maldirette, fino a giungere ad aspetti più specifici quali il bambino detestato, enuretico, mentitore per acquistare prestigio, disturbatore, ecc...

Caratteristica comune è la mancanza di coraggio nel confrontarsi nella quotidianeità con la vita. Si comprende che l'atteggiamento è di fuga allorché il conseguimento di risultati non appare facile, scorrevole, ma rattrista anche dover considerare che non si constata in questi casi quasi mai il tentativo di programmare e perseguire con l'impegno le mète prefissate ed ovviamente neppure l'organizzazione delle condizioni necessarie per poter poi pervenire ad una qualche soluzione nei riguardi dei più immediati problemi esistenziali.

La scuola in proposito dovrebbe svolgere un ruolo pregnante di socializzazione, poiché incontrandosi con i compagni il bambino non può non esprimere il suo grado di sentimento sociale. Avrebbe dovuto acquisirlo in famiglia, proprio con i primi rapporti con i genitori ed i fratelli e le sorelle. Non emarginazione, quindi, quando il corpo docente constata la limitatezza della preparazione o il ridotto interesse per gli altri e la conseguente incapacità a prendere un proprio posto nella società, bensì tentativi di adeguamento o di superamento dei problemi debbono a questo punto essere predisposti.

Come si potrà infatti parlare di imputabilità quando tutto ha congiurato perché la comprensione del valore dei rapporti sociali è stata frustrata e deviata, quando non ha potuto avere luogo il processo di identificazione con il dolore ed i bisogni degli altri?

Ci è noto che l'essere umano lotta per il superamento delle difficoltà, per il transito da una posizione inferiore ad una superiore, in fondo per la realizzazione dell'antico problema di «passare da sotto a sopra».

Constatiamo però, quando ci accostiamo al minorenne in stato di detenzione o comunque imputato di un qualche reato, che ciò che lo rende «diverso» è anche il modo con cui conduce detta lotta.

Una volta acquisito che la direzione seguita si differenzia soprattutto perché non ha capito (o potuto capire) le richieste della vita sociale e che non è in grado di provare partecipazione per i suoi simili, ecco che le sue azioni divengono per noi assai più comprensibili.

Va altresì precisato — contro il parere di dichiarati innocentisti — che è difficile ipotizzare una situazione di costrizione dovuta all'ambiente o all'ereditarietà, poiché abbiamo troppe volte incontrato situazioni in cui i figli di una stessa famiglia e provenienti dallo stesso ambiente si sono poi preparati ad affrontare la vita in modo diverso.

Altresì va detto che i minori, oggetto della ricerca, vengono per lo più strumentalizzati da criminali esperti, quindi praticamente illusi e sfruttati. Si è fatto leva sulla tendenza alla conquista di vittorie o sulla speranza di una facile posizione di carattere definitivo da conseguire. Ancora una volta è l'incapacità a cooperare che favorisce il processo deviante!

Si sono poi contattati dei giovani che hanno seguito un comportamento «normale» se la vita si presentava in modo favorevole, per poi cadere nel comportamento delinquenziale al sorgere di difficoltà per affrontare le quali non si sentivano preparati.

Come mai fra i nostri ragazzi, quelli cioè che abbiamo seguito in questi anni perché caduti nella rete della giustizia, sono veramente pochi quelli in possesso di una qualche specializzazione o qualificazione?

Già nella scuola si vedeva un profondo disinteresse, un'assenza di cooperazione. Ma per cooperare si deve essere addestrati, educati a ciò, e nulla in proposito è avvenuto: possiamo fargliene una colpa?

Potremo accusare un operaio di non essere esperto della filosofia di Nietzsche? Certamente no, e troppe volte, nei colloqui con questi giovani, sentiamo quasi di essere fuori posto, quasi esprimessimo una società che deve condannare per un qualcosa che non è mai stato indicato con chiarezza come presupposto di punizione e soprattutto il perché della punizione stessa!

Il loro modo di esprimersi ed anche di ascoltare è atipico, diverso comunque dal nostro e non a caso troppe perizie affidate a professionisti non specificamente centrati sul problema ma soprattutto dediti ad attività più convenzionalmente legate alla specialità acquisita, non comprendono a fondo il problema e descrivono il minore in modo assai poco convincente.

Dobbiamo per prima cosa entrare nel linguaggio di questi giovani, appropriarci dei loro schemi di riferimento, decodificare anche le nostre modalità interpretative e interrelazionali.

Lavoro questo fra l'altro difficoltoso e mai definitivo, poiché soggetto a continui cambiamenti e adeguamenti.

Parlano un linguaggio diverso e ciò ostacola anche lo sviluppo della loro potenzialità intellettiva: hanno acquisito una logica personale, non si tratta di stupidi o di deboli di mente, ma di soggetti che propongono schemi di riferimento differenziati rispetto a quelli più comuni. Contatti proseguiti nel tempo permetteranno la comprensione del fine delle loro azioni, che è poi una superiorità personale fittizia. Vedono qualcosa di interessante e vogliono appropriarsene; la logica è semplice: «il mondo mi è ostile, non provo interesse per ciò che dovrei fare per adattarmi, perché non mi sento parte di questa società, quindi seguo l'impulso e soddisfo l'esigenza».

Come si constata, è erroneo pensare che si tratti di espressione di coraggio: se fosse coraggioso affronterebbe con più determinazione le difficoltà della vita. Si tratta di una imitazione del coraggio, tipica invece della codardia, di chi non si sente abbastanza forte per poter risolvere dei problemi: segue una mèta fittizia di superiorità e gli piace credere di essere un eroe, però non ci inganna. Purtroppo inganna se stesso!

Senza soffermarci su una casistica di possibilità interpretative a seguito di attente anamnesi, vediamo che la sconfitta nei confronti dei compiti della vita è da imputarsi al mondo adulto. Lo schema della punizione, introiettato sin dal primo contatto con la scuola, è patogenetico. Da un lato il ragazzo si sente approvato dai compagni allorché infrange le regole, e sovente lo fa per imitazione, dall'altro, una volta scoperto e redarguito, sarà portato a pensare che la società è contro di lui, come d'altronde ha sempre pensato.

La frequenza del riproporsi del disadattamento scolastico nei minori in detenzione, ad esempio, supera decisamente il 70%.

Se poi otteniamo la loro confidenza, una volta di più ci convinciamo — non scopriamo perché ormai sembra una falsariga — che il rapporto con la madre è per lo meno precario: non ha saputo (o potuto: che pena e sofferenza ci hanno indotto tante donne in visita ai loro figli quando raccontano la loro vita!) ampliare i limiti dell'interesse del figlio, non ha favorito il contatto con altri bambini, non ha permesso l'integrazione affettiva fra i fratelli e in via verticale col padre, lo ha spaventato narrando le difficoltà della vita di tutti i giorni, non gli ha infuso il coraggio necessario per camminare nel mondo. Del padre, meglio tacere. Nei casi migliori si tratta di onesti lavoratori che per mantenere la famiglia si massacrano di fatica, però in casa non ci sono mai e quindi, come positivo schema di riferimento, sono praticamente assenti. Ma sono pochi, anche questi. Per lo più sono padri degni della cronaca nera.

Ne consegue che le speranze convergono sulla scuola e sugli insegnanti, oltre che sul quartiere e le iniziative sociali da rinforzare. Va da sé, però, che dopo quanto detto i dubbi sulla imputabilità del minore aumentano, il che però non sta a significare un atteggiamento innocentistico, bensí la richiesta di affrontare la questione in modo serio poiché la licenza di uccidere non la può certo dare la psicologia individuale.

BIBLIOGRAFIA

ADLER A.: « Il temperamento nervoso », N. Compton, 1971.

ADLER A.: « Psicologia individuale e conoscenza dell'uomo », Newton Compton, 1975.

ADLER A.: « Prassi e teoria della Psicologia Individuale », Newton Compton, 1970.

ADLER A.: « Cos'è la Psicologia Individuale », Newton Compton, 1976.

ADLER A.: « Psicologia del bambino difficile », Newton Compton, 1973.

ADLER A.: « Psicologia dell'educazione », Newton Compton, 1975.

ADLER A.: « La Psicologia Individuale nella scuola », Newton Compton, 1979.

ARIETI S.: « Manuale di Psichiatria », Boringhieri.

ADORNO ed altri: « La personalità autoritaria », Il Mulino, 1972.

ANTOLISEI F.: « Manuale del diritto penale », Giuffrè, 1973.

ANSBACHER M. e R.: « The Individual Psychology of Alfred Adler », Basic Book Inc., 1956.

BARSOTTI A., CALCAGNO G., LOSANNA C., VERCELLONE V.: « Sull'imputabilità dei minori fra i 14 e 18 anni », in « Esperienza di Rieducazione » n. 3, 1976.

BAVIERA I.: « Diritto minorile », Giuffrè, 1965.

BANDINI T. e GATTI U.: « Dinamica familiare e delinquenza giovanile », Giuffrè, 1972.

BETTELHEIM B.: « Il prezzo della vita », Adelphi, 1965.

BERTOLINI P.: « Delinquenza minorile e disadattamento », Armando, 1971.

BISIO B.: « La delinquenza giovanile », Maccari, 1968.

BINI - BAZZI: « Trattato di Psichiatria », Vallardi.

ROSSINI R.: « Trattato di Psichiatria », Cappelli.

CANEPA G.: « Personalità e delinquenza », Giuffrè, 1974.

CANESTRANI R. e BATTACCHI W.: « Strutture e dinamiche della personalità nella antisocialità minorile », Il Mulino, 1970.

CORSINI R. e Coll.: « Current Personality Theories », Peacock, 1977.

DREIKURS R.: « Lineamenti della psicologia di Adler », Nuova Italia, 1968.

DREIKURS R.: « I bambini: una sfida », Eerro ed., 1969.

DREIKURS R.: « Psicologia in classe », Giunti e Barbera, 1961.

ELLENBERGER H.: « La scoperta dell'inconscio », Boringhieri, 1972.

FERENCZI S.: « Fondamenti di psicoanalisi ».

GLUECK S. e E.: « Dal fanciullo al delinquente », Universitaria, Firenze, 1953.

GEMELLI: Atti del Convegno nazionale di alcune fra le più urgenti riforme della procedura penale, Milano.

GORI F.: Comunicazione al VI Congresso di Antropologia criminale, Catania, 1975.

GOLD M.: « Delinquent behavior in an american city », Brooks, 1970.

LOMBROSO C.: « L'uomo delinquente », Bocca, 1897.

LOWEN A.: « Il linguaggio del corpo », Feltrinelli, 1975.

LOWEN A.: « Psychopathic personality », Energy and Character, 1976.

MESSINA: « La disonorabilità nel diritto penale », Roma (rivista), 1948.

MEUCCI G.: « I figli non sono i nostri », Vallecchi, 1974.

MUSATTI: Atti del Convegno nazionale di alcune fra le più urgenti riforme della procedura penale, Milano.

NUVOLONE: « Tecniche di individualizzazione giudiziaria e problematica giuridica », in: Indice Penale, 1972.

PARENTI F. e PAGANI P.L.: « Psicologia e delinquenza », La Nuova Italia, 1968.

PARENTI e Coll.: « Dizionario ragionato di Psicologia Individuale », Cortina, 1975.

PARENTI F.: « Il prezzo dell'intelligenza », Quaderni S.I.P.I., 1977.

PARENTI F.: « Assieme per uccidere - Psicologia della violenza di gruppo », Armando, 1978.

PIAGET J. e INHELDER B.: « Dalla logica del fanciullo alla logica dell'adolescente », Giunti e Barbera, 1976.

ORGLER H.: « Alfred Adler e la sua opera », Astrolabio, 1970.

SCHAFFER H.: « La psycologie d'Adler », Masson, 1976.

VERGANI O.: « Ragazzi Antisociali », La Scuola, 1954.

WOLMAN e Coll.: « Manuale delle tecniche psicoanalitiche e psicoterapeutiche », Astrolabio, 1974.

MAURO COSMAI

L'INTERVENTO PSICOTERAPEUTICO NELLA PSICOLOGIA DELLO SPORT. L'UTILITÀ DI UN APPROCCIO TELEOLOGICO

Tra le varie branche della psicologia applicata, la psicologia dello sport vive attualmente un momento particolare in cui si alternano interventi approfonditi nei confronti di alcune discipline sportive e la totale indifferenza, sempre per quanto riguarda l'intervento psicologico, verso altre.

La psicologia dello sport già all'interno della psicologia vive a mio avviso un ruolo ambiguo laddove viene considerata un settore tra i meno importanti della psicologia applicata, specie in rapporto a settori più «illustri» quali la psicologia del lavoro o la psicologia giuridica. Nello stesso tempo però rimane un sogno «segreto» per molti psicologi sia per la remunerazione che per la fama (anche se considerata ascientifica) che ne deriva. Vorrei innanzitutto precisare in questo lavoro il ruolo dello psicologo dello sport che, a differenza di quanto avviene in altre nazioni, da noi dovrebbe rivolgere i suoi sforzi non tanto al settore ristretto della psicomotricità, volto a realizzare migliori prestazioni atletiche, ma abbinando all'indagine psicologica l'intervento psicoterapeutico. Questo non nei limiti evidenti del solito training autogeno ma, quando sussista una formazione adeguata dell'operatore, praticando un vero e proprio intervento analitico che prenda in considerazione prima l'uomo e poi l'atleta. Può sembrare questa un'affermazione scontata ma spesso la domanda che viene rivolta all'operatore psicologico dello sport individua in questi non tanto un agente formativo quanto uno strumento in più per una resa ottimale della macchina-atleta.

Le ragioni di questa limitata visione sono diverse e si riassumono sia nella considerazione della psicologia dello sport come disciplina minore, in riferimento alle righe precedenti, sia nell'equivoco che idealizza l'atleta come uomo totalmente sano dimenticando che questi, proprio in rapporto alle particolari sollecitazioni cui è soggetto e soprattutto per i finalismi spesso inconsci che si propone nell'esercizio di una attività sportiva, è spesso bisognoso di una reale supporto psicoterapeutico.

Le motivazioni che spingono alla scelta e alla successiva pratica di uno sport possono essere autonome o indotte a seconda che il soggetto stesso o la costellazione familiare influiscano sulla scelta. È superfluo specificare per quali motivi un genitore possa aver piacere che il figlio realizzi successi in settori che sono stati per lui fonte di frustrazioni. Un'altra moti-

vazione del gradimento dei genitori risiede oggi nel crescente ruolo sociale attribuito a determinati sport; anche nel caso di scelte più autonome, comunque spesso collegabili alle massicce sollecitazioni dei mass-media, si constata come spesso queste scelte non siano autentiche e in particolar modo congeniali alle caratteristiche psicofisiche del futuro atleta. Tali rischi sarebbero peraltro attenuati ricorrendo, strutture permettendo, ad un preliminare esame medico-psicologico. Inoltre il tentativo di praticare discipline sportive non congeniali o per manifeste influenze esterne o per finalismi inconsci accentuerà nel tempo, salvo una fortunata e casuale accettazione, una «distanza» dallo sport in questione o nel peggiore dei casi scatenerà una psicopatologia maggiore, non poi così rara come potrebbe sembrare.

Anche qui occorre sottolineare che il ruolo dell'operatore psicologico non è dei più facili. All'interno di una équipe sportiva può infatti risultare molto difficile ritagliare uno spazio di accettazione sia da parte degli atleti che dello staff dirigenziale; in ogni caso ciò che viene chiesto allo psicologo differisce (a volte) totalmente dai fini precipui del suo lavoro, in quanto la committenza richiede risultati visibili e verificabili in brevi spazi di tempo. Il vero utente invece, cioè l'atleta, può essere inizialmente motivato dalla curiosità, dalla solidarietà col gruppo in caso di sedute collettive, dal timore di dispiacere ai dirigenti e altro ancora; in seguito però, se il rapporto che si instaura con lo psicologo è valido, l'atleta giunge a chiedere un'analisi, in senso lato ovviamente, delle proprie problematiche, e in questo iter sbiadisce gradatamente il vissuto sportivo come prima tematica mentre affiora lo stile di vita e si delineano i vari traguardi prefissati e sovente non raggiunti. Lo studio delle motivazioni in ambito psicoterapeutico risulta pertanto valido nel fronteggiare qualsiasi problema, legato o meno all'attività sportiva, che si presenti a turbare la vita dell'atleta.

Si parla oggi di sport, competizione, agonismo, aggressività, quasi per ridefinire una scala naturale di energia sportiva. Non è certo questa la sede per la ridefinizione di questi termini, alla luce dei pareri contrastanti; vorrei limitarmi a sottolineare il ruolo del vissuto ludico come prima compensazione e dello sport più carico d'impegno come compensazione successiva. Ogni felice chiarificazione del problema deve comunque partire dal preciso retaggio etnogeografico di ogni gioco/sport.

Alcuni comportamenti opinabili, ad esempio di carattere marcatamente aggressivo, possono nascere non da situazioni intrinseche allo sport stesso, o da indimostrati innatismi, ma da precisi vissuti individuali che trasferiscono nell'ambito sportivo il bisogno di ipercompensare le frustrazioni del soggetto. I tentativi di culturalizzare lo sport, inoltre, testimoniano nel tempo, malgrado l'attuale ruolo sociale di alcuni di essi, il pregiudizio che intende l'attività sportiva come un'attività in ogni caso empirica, «manuale», quindi deculturalizzante.

Huizinga afferma che nella vita odierna lo sport occupa un posto al lato del processo propriamente culturale; per questo alcuni sport portano all'esasperazione certe soluzioni tecniche o promuovono continuamente

iniziative di formazione e di insegnamento atte il più delle volte a gratificare colui che lavora a tempo pieno nello sport, equiparando così la sua attività a quella degli altri status sociali così cari all'attuale situazione socialcompetitiva. Forse mai come oggi lo sport è essenzialmente compensazione; proprio perché ha snaturato nel tempo (e nel professionismo) l'aspetto ludico e rituale. I vecchi manualistici concetti dello «sfogo fisico» e dell'«incanalamento positivo e incruento dell'aggressività» valgono in superficie e non sono certo di particolare aiuto per un vero intervento psicologico e analitico nello sport né si può decolpevolizzare chi impiega esclusivamente questi concetti nella pratica psicopedagogica dietro l'alibi della semplice terapia di sostegno, in quanto lo stesso atleta rifiuta spesso una visione troppo superficiale delle tematiche.

Come non è difficile a volte inquadrare in tempi brevi le motivazioni della nevrosi in un atleta, così allo stesso tempo si osserva come la sua sintomatologia ansiosa non sia certo limitata al fatto competitivo inerente alla pratica sportiva; se lo è, comunque, al primo impatto offre materiale di studio segnatamente per il significato che viene a volte inconsciamente attribuito dal soggetto a quanto sta facendo. Fermarsi allo sport come sano incanalamento dell'aggressività, anche se può soddisfare dal punto di vista etico, limita però il campo d'azione del terapeuta che può perdere di vista il significato simbolico di quanto avviene e che ritengo poco produttivo inquadrare universalmente. Ogni simbolismo deve essere quindi collegato all'immagine che si è creato di per se stesso l'atleta nevrotico e alla successiva immagine che pensa di poter offrire con il risultato sportivo. Lo stesso scopo viene inoltre perseguito con il relativo comportamento ritualizzato e ripetitivo che meglio si adatta ai cliché imposti dall'ambiente e dai rapporti sociali.

L'errore nell'intervento psicoterapeutico diventa a mio avviso macroscopico quando lo psicologo pensa di poter intervenire «anche» nello stile di vita dell'atleta, passando inizialmente dal momento sportivo per poi allargare il discorso altrove. In realtà un effettivo intervento non può partire dalla constatazione di una scelta e rivolgersi causalisticamente ai probabili danni direttamente emanati da questa, né può svolgersi accettando dogmaticamente i ben noti simbolismi universali, in quanto il fenomeno sport non è riconducibile a un rapporto tempo/spazio ben precisato. Infine la scelta di uno sport è soggetta a quei condizionamenti socioambientali prima accennati che si rilevano, al di là di un ipotetico intervento psicologico, solamente nel caso in cui l'atleta abbandoni lo sport per rigetto personale o altri fattori esogeni.

A riprova che nell'esercizio di uno sport si possono individuare chiare linee di compensazione al di là del valore sociale riconosciuto allo sport stesso o dei comportamenti specifici adottati dal soggetto, si riscontra, soprattutto ai giorni nostri, il delegare totalmente, specie a livello non professionistico, la propria immagine sportiva e la propria perizia non tanto alle effettive capacità personali quanto al possesso di determinati attrezzi sportivi e all'uso di un particolare abbigliamento; il tutto unito all'adozione del gergo particolare (leggi termini tecnici e convenzionali) inerente

allo sport stesso. Non poche volte di conseguenza il passo verso il ridicolo o il patetico è immediato; il fenomeno in questione si riscontra ancor più nei giovanissimi in cui la volontà di potenza gioca un ruolo ben preciso nel processo emulativo.

Ecco che il problema esce dalla pedagogia: la pratica sportiva non è più educazione o momento di cooperazione, termini forse retorici e scontati ma enormemente attuali; diventa al contrario la continuazione della vita con caratteristiche competitive precise il cui fine ultimo è il superamento dell'altro per superare qualcosa in se stessi. Anche Adler aveva visto i giochi come un utile allenamento alla cooperazione, ma vi aveva riscontrato troppa competizione e desiderio di eccellere. Perso quindi il momento squisitamente ludico e persa la prospettiva reale della stessa disciplina sportiva, il giovane atleta in particolare è preda dell'allenatore efficientista o del preparatore atletico impreparato che frantumeranno anche quel poco di cooperazione che lo stesso piacere della pratica sportiva poteva offrire. Si depaupera così quell'elemento formativo essenziale che ancora Adler aveva rilevato nella sicurezza acquisita nel controllo del corpo e della mente, oltre a rimarcare l'importanza che tanti educatori attribuivano tenacemente agli sport. Questi ultimi in effetti rispondono sovente alle caratteristiche psichiche di chi li pratica, ma non sempre in positivo: ricordiamo brevemente l'ossessività degli allenamenti del fondista, il sadomasochismo del pugilatore, l'ambivalenza dei cacciatori abituati a gettare o regalare la preda.

Occorre tenere conto di queste caratteristiche generali, fermo restando che un intervento teleologicamente impostato deve partire dall'individuo per giungere allo sport e non viceversa.

Anche Freud aveva accettato il proverbio secondo il quale nel gioco si riconosce il carattere dell'uomo, purché non si intendesse il carattere manifesto.

Un ostacolo importante che si frappone all'impostazione corretta del lavoro è comunque, come già s'era accennato, la richiesta precisa non solo della committenza ma paradossalmente, in alcuni casi, dello stesso atleta. Il dirigente pretende un intervento «specifico» (si fa per dire) perché la spesa affrontata va giustificata e perché ritiene sia il metodo più giusto (e veloce) per ottenere risultati; l'atleta può vivere un approccio terapeutico metodologicamente approfondito come un'intrusione nella sua vita privata e può attuare delle fiere resistenze in quanto convinto di imboccare una strada non giusta per la chiarificazione dei suoi problemi. Un altro banale esempio legato a un impedimento culturale si rileva nel cliente che si presenta per un problema «esclusivamente» sessuale e si stupisce di non vederlo trattato subito in prima persona. Anche qui è principalmente l'esperienza del terapeuta che deve intervenire affinché il soggetto possa comprendere come un aggiustamento globale porti di riflesso a un miglioramento del puro risultato sportivo. Non raramente quindi lo psicologo dello sport sarà solo nel portare avanti questo discorso.

Una situazione tra le più eclatanti, stando in argomento, riguarda l'ag-

gressività incoraggiata e foraggiata dallo stesso ambiente sportivo, aggressività che sottintende una considerazione di tipo utilitaristico legata ancora una volta a problemi di mediazione culturale. A questi livelli la spinta cosiddetta psicologica è l'addestramento all'utilizzazione di tutta la potenziale carica distruttiva dell'atleta, con la convinzione a priori che quello sport debba comportare queste dinamiche, pena una sua svalorizzazione; ma questa maieutica porta al disagio dell'atleta non allineato con l'ideologia, a riprova che l'aggressività varia col bagaglio ambientale e che non è possibile dimostrare scientificamente un suo carattere innato.

Il finalismo in questo caso è ben lontano dall'intrinseco valore dello sport, ma comprende una serie di bisogni che non sono espletati nella vita quotidiana. Anche Jaspers rilevava che nell'anima umana la lotta prende le forme più varie, vidimando l'estensione dei suoi significati e dei suoi fini. L'operatore psicologico ha il dovere di chiarire questi significati, specie se inconsci, tenendo conto che il disagio è prima dell'uomo e poi dell'atleta. I rischi per lo psicologo, nel caso pratico, sono in queste circostanze principalmente due: la fine della committenza o l'interruzione del rapporto psicoterapeutico, identica per modalità a quanto può avvenire nella normale prassi analitica.

Se il minimo comun denominatore è comunque la compensazione, ogni intervento produttivo deve partire dalla chiarificazione che lo sport può essere stata una scelta elusiva, vista come un'altra grande categoria di compensazioni che sfuggono al settore da cui deriva il senso d'inferiorità, per avviarsi in un altro a volte produttivo e a volte sterile (Parenti). Se dunque lo sport stesso ha perso in certe situazioni tutto il suo valore formativo e pedagogico, sommare a questa realtà un intervento demagogico o dogmaticamente impostato non darà a mio avviso altri risultati degni di nota se non la salvaguardia dell'incarico.

Accennerò ora brevemente, in chiusura, a tre casi in cui l'intervento psicoterapeutico, teleologicamente impostato, ha permesso di operare concretamente e di evidenziare quei finalismi la cui chiarificazione ha interrotto il disagio e migliorato indirettamente la prestazione agonistica.

CASO CLINICO N. 1

E.B.: superattività e autodifesa

E.B. è un bambino di 9 anni, di normale sviluppo costituzionale. Dai 6 anni e mezzo pratica per circa 3-4 ore giornaliere una disciplina sportiva. Frequenta la quarta elementare con profitto medio-alto e predilige le materie scientifiche. Il padre è aperto e cordiale ma sostanzialmente severo, la madre, casalinga, è un soggetto notevolmente ansioso e demanda al marito le decisioni maggiori. La costellazione familiare comprende inoltre una sorella di 12 anni, tranquilla e riflessiva, con la quale è vagamente accennato un rapporto competitivo. Con l'inizio della scuola elementare E.B. intraprende con entusiasmo l'attività sportiva ma finisce da un istruttore efficientista che lo sottopone a estenuanti allenamenti accompagnati da

esortazioni a senso unico tendenti a evidenziare solo i difetti per far risaltare ancora di più (sic) i pregi. Il bimbo mi viene inviato da un medico sportivo che lo definisce «infelice, molto reattivo in famiglia, dispersivo e inconcludente nell'attività sportiva».

Nel colloquio iniziale si dimostra aperto e collaborante ma censura all'inizio ogni comunicazione riguardante l'attività sportiva. Risulterà nel corso dei colloqui successivi che la paura dell'istruttore, il timore che il padre disapprovi la sua resa, il sospetto-certezza che padre e istruttore siano allineati e alleati, il tutto unito alla rassegnazione nell'accettare un allenamento frustrante e sterilmente competitivo, hanno nel tempo fatto precipitare la situazione. Sarebbe facile a questo punto consigliare d'interrompere la superattività sportiva quale unica fonte del disagio; ma questa disciplina piace moltissimo al giovane atleta che vede inoltre nella stessa l'unica possibilità di guadagnare l'attenzione e la considerazione del genitore. Ogni altra possibilità gli appare preclusa, dato il rapporto esistente in famiglia, ma il mezzo (cioè lo sport come viene attuato) non è certo congeniale alle sue caratteristiche psicofisiche. Negli ulteriori contatti il padre riconoscerà senza difficoltà gli elementi negativi nell'insegnamento dell'istruttore (che proiettava nei ragazzi le sue aspirazioni in una disciplina che aveva coinciso con una sua mancata affermazione) e si impegnerà in un contatto più approfondito col figlio, anteponendolo ai sia pur gravosi impegni di lavoro. Il trattamento termina non con l'interruzione dell'attività sportiva ma con l'affidamento, sempre nella stessa, a un istruttore con caratteristiche decisamente diverse.

CASO CLINICO N. 2

A.G.: linee fittizie di compensazione in ambito nevrotico

A.G. ha 18 anni ed è di normale sviluppo costituzionale. Svolge una professione manuale ma possiede una notevole preparazione nel campo della musica classica. Terza media senza particolari difficoltà. Il padre è spesso assente per lavoro, la madre, casalinga, ha il peso, retto con fatica, della conduzione familiare. Il soggetto ha un fratello di 19 anni con il quale ha pochi e sbrigativi contatti e una sorella di 8 anni alla quale è invece molto legato. Gioca come portiere in una squadra di calcio di divisione inferiore e questa attività lo impegna sia come tempo che come effettivo interesse. Mi viene inviato da un medico con la diagnosi di «sindrome ansioso-depressiva».

Nel primo colloquio ripete più volte monotonamente che il suo problema riguarda l'altezza che non gli permette di svettare come portiere e di accedere alle divisioni superiori (il soggetto è alto m. 1,74!). Rifiuta decisamente alcune considerazioni oggettive, appena accennate, e ribadisce ostinatamente l'impossibilità di affermarsi come campione sportivo, unica prospettiva che lo interessi nella vita. Dai colloqui successivi risultano evidenti problemi d'interazione a livello sia familiare che sociale; uno scarsissimo contatto con le figure genitoriali e una realtà lavorativa ogget-

tivamente frustrante (ambiente rumoroso e caotico) hanno incistato un complesso d'inferiorità e foraggiato la nevrosi. Risulta inoltre che i genitori hanno impedito negli anni precedenti l'iscrizione al Conservatorio Musicale, poco convinti di un impegno continuativo da parte del figlio. Di qui una malcelata ostilità nei loro confronti. Unico momento gratificante è dunque la realtà sportiva in cui la sua effettiva abilità conduce a vari riconoscimenti, sia pure limitati al settore dilettantistico nel quale è impegnato. Per tutto questo delega ad una affermazione sportiva, sulla scia di oggettivi e gratificanti risultati, la propria autovalorizzazione, passando secondo il noto schema del Dreikurs, per il punto più alto con il fine di raggiungere la parità tra i suoi simili (data la carenza di autostima) e individuando nel settore sportivo l'unica fonte di autorealizzazione.

Il trattamento è risultato difficile per quanto riguarda il contatto con i genitori, purtroppo assenti in tutti i sensi, ma più produttivo con il soggetto grazie anche a un tenace processo di incoraggiamento che ha risvegliato altre capacità critiche e artistiche nonché finalmente una considerazione obiettiva della realtà. Occorre notare ancora come l'aspirazione all'affermazione sportiva sia rientrata in limiti ragionevoli e i benefici siano andati in questo caso molto più all'uomo che all'atleta.

CASO CLINICO N. 3

B.P.: il traguardo sportivo come affermazione sociale e rassicurazione individuale

B.P. è un uomo di circa 40 anni, di corporatura robusta e di aspetto giovanile. Scolarità media. È impiegato in una ditta ed è sposato da sette anni. La moglie è di poco più giovane; non hanno figli perché non voluti. La madre è vivente ma i rapporti con lei sono abbastanza distaccati per un'antica soggezione mai attenuata. Il padre, morto da alcuni anni, era un uomo affettuoso e gioviale. Il soggetto ha inoltre due fratelli, uno maggiore, apparentemente aggressivo e sicuro, con il quale ha un continuo confronto frustrante, e uno minore che vede raramente. Entro in contatto con lui al Centro di Medicina Sportiva in quanto questi si dedica con successo a una disciplina sportiva, tanto da essere nelle liste dei P.O. (probabili olimpici) e da diversi anni a livello nazionale. Esprime il timore di scoprirsi inferiore nel corso del rapporto psicologico e la domanda che mi rivolge riguarda esclusivamente il dominio dell'ansia nel corso della prestazione agonistica.

Nei primi colloqui il rapporto con la moglie risulta soddisfacente sotto ogni punto di vista, anche se il soggetto lo definisce «piuttosto monotono». La dichiarata monotonia del rapporto a due lo conduce alla ricerca di sempre nuove avventure sentimentali, nelle quali riscontreremo non tanto una ricerca della soddisfazione sessuale quanto una conferma rassicurante di accettazione da parte dell'altro sesso, vissuta come valorizzante a livello sociale e compensatoria di un radicato complesso d'inferiorità. Giunge nei colloqui successivi alla constatazione che la ricerca di partners valoriz-

zanti non darà mai i risultati che si è prefisso e che neppure soltanto il traguardo sportivo lo posizionerebbe come uomo nell'ambito sociale. In precedenza lo sport praticato era visto come unica possibilità di affermazione in quanto il lavoro era considerato routinante e privo di prestigio. Intrinseca al complesso di inferiorità è la svalorizzazione della moglie, vista in tale ottica proprio in quanto «moglie che non ha scelto bene» (tema tra l'altro che andrebbe approfondito in altra sede), e che di riflesso lo porta a non considerarla una compagna soddisfacente, a dispetto anche questa volta dell'oggettività. L'esasperato desiderio di affermazione condiziona pertanto l'esistenza e spesso anche il risultato sportivo. Le finalità terapeutiche sono indirizzate alla risoluzione del complesso d'inferiorità, alla rivalutazione della moglie (devalorizzata per quella sorta di proprietà transitiva di cui sopra) e al ridimensionamento del traguardo sportivo quale unica possibilità di affermazione sociale. Un'attenta considerazione dei mezzi e delle possibilità ha incanalato positivamente l'ingente dispendio di energie psichiche, volte alla ricerca di continui artifici atti a compensare il dubbio nevrotico di fondo. Voglio ancora ricordare le resistenze iniziali del soggetto a lavorare sulla propria vita e i decisi miglioramenti nei risultati sportivi che si sono affiancati nel corso della maturazione personale.

★ ★ ★

BIBLIOGRAFIA

ADLER A.: « Psicologia dell'educazione », Newton Compton, Roma, 1975.

ADLER A.: « What life should mean to you », Newton Compton, Roma, 1976.

ANTONELLI F., SALVINI A.: « Psicologia dello sport », Lombardo, Roma, 1978.

DREIKURS R.: « Lineamenti della psicologia di Adler », La Nuova Italia, Firenze, 1968.

DREIKURS R., DINKMEYER D.: « Il processo di incoraggiamento », Giunti-Barbera, Firenze, 1974.

FREUD S.: « Psicopatologia della vita quotidiana » (« Opere », vol. IV), Boringhieri, Torino, 1970.

HUIZINGA J.: « Homo ludens », Einaudi, Torino, 1973.

JASPERS K.: « Psicologia delle visioni del mondo », Astrolabio, Roma, s.d.

MAGNANE G.: « Sociologia dello sport », La Scuola, Brescia, 1972.

PARENTI F.: « Il prezzo dell'intelligenza », Quaderni della Rivista di Psicologia Individuale, Milano, 1977.

Fede Sartoris Chicco

VALORE SOCIALE DELL'INTERVENTO PSICOMOTORIO E SUA CONGENIALITÀ CON IL PENSIERO ADLERIANO

La psicomotricità nasce all'inizio di questo secolo e, come ogni scienza, prende corpo da un maturare di situazioni varie e concomitanti.

La filosofia e la religione, ciascuna secondo la propria angolatura, mettono in risalto il predominio dell'intelligenza sulla materia e dell'anima sul corpo, accentuando malgrado l'illuminismo un dualismo della persona umana che si era andato via via affermando sempre più in particolare dal Medio Evo. Contemporaneamente, ma con opposta valenza, altre scienze tendono a vedere nell'uomo una maggiore unità. In particolare la psichiatria e la neurologia, affinando i loro strumenti di indagine, insistono sulla influenza del corpo o almeno sulla interazione tra «corpo e psiche».

La psicologia genetica, in particolare con gli studi di Piaget, mette in risalto l'importanza del periodo senso-motorio senza un buono sviluppo del quale non è possibile parlare di sviluppo intellettuale. Wallon e Spitz completano questo quadro su cui non ci soffermiamo, ma rimandiamo le persone che ne fossero interessate agli scritti di J. De Ajuriaguerra (5) che illustra magistralmente e ampiamente il quadro teorico su cui si sono andate formando la teoria e la pratica psicomotorie.

Ci pare importante ricordare che la psicomotricità non è nata come una dottrina filosofica che si contrappone ad altre, ma sotto la spinta di motivazioni precise e contingenti di tipo scientifico e socio-politico, come tecnica di rieducazione.

All'inizio del secolo la nascita delle specializzazioni pediatriche in diversi campi medici: psichiatria, neurologia in particolare, e psicologici: fisiologica, evolutiva, differenziale ecc., portano a una conoscenza più globale della persona umana, mettendo in luce le implicanze e l'impossibilità di fare delle reali distinzioni tra la componente affettiva, fisica e intellettiva della persona umana sin dalla nascita.

Questi studi portano anche all'approfondimento semiologico di una serie di disturbi della età evolutiva che si manifestano in una patologia di formazione dello schema corporeo, nella mancanza di coordinazione, nei disturbi nella organizzazione spazio-temporale, nei disturbi legati alla dominanza laterale ecc. e si connotano molto bene in un quadro di riferimento che i francesi sintetizzano con il termine «enfant maladroit».

All'inizio quindi la psicomotricità è un momento riabilitativo di funzioni psicologiche, nella maggior parte dei casi legata all'apprendimento, in un quadro di patologia del movimento, un po' come la fisioterapia faceva per i disturbi prettamente funzionali della motricità.

L'iter classico dell'intervento psicomotorio negli anni 1950-65 era quasi sempre questo. Il bambino, al momento dell'obbligo scolastico, presenta dei problemi di apprendimento ed ha una sintomatologia di «difficoltà» motoria senza avere per altro una chiara patologia specifica. O, in alcuni casi, ha una reale patologia cerebrale; i cosiddetti soggetti I.M.C. dei francesi. O ancora ha delle difficoltà di apprendimento legate al quadro socio-ambientale. Nella maggior parte dei casi le difficoltà più o meno patologiche si sovrappongono.

Viene fatto un bilancio psicomotorio in genere molto preciso che permette di valutare le difficoltà specifiche nei vari settori: coordinazione, equilibrio, mancanza di schema corporeo ecc.; su questi dati si prepara un piano di intervento che può essere di gruppo o individuale, e il soggetto viene affidato a un Rieducatore in psicomotricità che si è specializzato con almeno tre anni di formazione a livello universitario.

Nello stesso periodo la Psicomotricità viene importata in Italia dalla Francia e dalla Svizzera attraverso il lavoro delle cliniche di neuropsichiatria infantile e di alcuni centri specializzati in ricupero di bambini patologici per la maggior parte cerebrolesi. Mantiene il suo carattere medico-scientifico, si avvale degli esami psicomotori e fa un intervento molto specifico a volte assai confinante con quello della fisioterapia. Non esistono scuole per preparare gli operatori, ma la formazione è affidata alla buona volontà di infermiere o di altri operatori che si interessano, a loro spese, del problema.

A questo punto intervengono fattori sociali e politico-culturali molto importanti che spingono alla ricerca di nuove vie di intervento e sono essenzialmente, anche sotto la spinta del '68: l'abolizione delle scuole speciali e delle classi differenziali, quindi l'inserimento degli handicappati nelle classi normali; la chiusura di alcuni istituti speciailizzati e degli O.P. in particolare per le sezioni dei bambini.

Questa situazione porta per un verso a un approfondimento scientificamente serio della teoria e pratica psicomotorie, in cui si vede una possibilità non indifferente di utili applicazioni, ma per un altro verso a una indiscriminata e selvaggia attuazione di interventi a tutti i livelli e di tutti i tipi, passati come intervento psicomotorio da persone assolutamente impreparate.

La psicomotricità allarga il suo campo di azione e da «rieducazione», come era all'inizio, si sviluppa in due filoni: uno pedagogico e l'altro terapeutico.

CARATTERISTICHE ESSENZIALI DELL'INTERVENTO PSICOMOTORIO

Teoricamente la psicomotricità pone come base la considerazione della unicità psicofisica dell'uomo e si sforza di realizzare una buona integrazione tra le componenti emotiva, fisica ed intellettuale della persona umana.

Per raggiungere questo scopo cerca di portare l'individuo a percepire

in modo profondo la sua unità personale facendogli vivere, attraverso la esperienza corporea e l'utilizzazione del movimento, la coscienza del proprio essere e agire. Pone l'accento sulla acquisizione del «buon tono muscolare» e della energia vitale che proviene dal «centro del corpo». La coscienza e il vissuto di sé si perfezionano attraverso la interiorizzazione della relazione spazio-temporale, in cui l'uomo vive e di cui è parte, e la relazione con gli oggetti e con le persone che lo circondano. Una più viva coscienza globale di sé dà la possibilità di un più facile e corretto decentramento sugli altri.

In termini più tecnici diremo che la psicomotricità lavora essenzialmente alla formazione nell'uomo del suo schema corporeo nei diversi aspetti di corpo percepito, conosciuto, vissuto e rappresentato; attraverso il movimento lo porta a contatto con gli oggetti e gli fa prendere coscienza delle dimensioni in cui vive e di cui è parte; sviluppa la creatività, la sicurezza di sé e la socializzazione.

Schematicamente possiamo suddividere l'intervento psicomotorio in due filoni: l'uno pedagogico, l'altro terapeutico.

L'intervento pedagogico ha lo scopo di:

— prevenire eventuali patologie relazionali caratteristiche dei primi anni di vita;

— aiutare un normale sviluppo psicomotorio favorendo nel bambino la possibilità di utilizzo delle sue enormi capacità motorie e intellettuali.

Trova la sua naturale collocazione nel Consultorio Pediatrico, nel Nido, nella scuola materna e nel primo ciclo della scuola elementare, nella educazione dei soggetti handicappati. Ma ancora tra gli adulti nei corsi di formazione per il personale della scuola e dei servizi socio-sanitari.

L'intervento terapeutico è molto più specifico e delicato. Si rivolge in particolare a bambini autistici che non hanno comunicazione verbale. Può anche essere molto bene utilizzata come terapia di inizio per portare i soggetti più gravi a poter affrontare in un secondo momento una terapia verbale. E dà la possibilità, nei casi positivi, di portare i bambini alla possibilità di un minimo di applicazione, tale da permettere l'apprendimento delle tecniche scolastiche fondamentali ed essenziali al vivere sociale. Esige terapeuti psicologicamente preparati e, a nostro avviso, analizzati.

Da qualche anno, da alcune persone particolarmente preparate, sono attuati interventi su adulti in ambiente di O.P. o dimessi da questo. I risultati sono incoraggianti anche se è necessario un approfondimento sia sul piano dello studio che su quello della preparazione degli operatori.

METODOLOGIA DELL'INTERVENTO

È particolare e specifica e non si può rapportare, come a volte qualcuno fa, né alla ginnastica specializzata, né alla fisioterapia. Possiamo situarla verso il filone degli interventi «psico» per la sua specificità.

Ci pare di poter dire che è un intervento che:

— si basa sullo studio del corpo, del movimento e delle implicanze intellettuali ed affettive che questo comporta;
— nel filone pedagogico utilizza tutto questo per favorire nel bambino i normali apprendimenti legati al periodo senso-motorio;
— quando tratti di bambini handicappati parte da una diagnosi il più possibile precisa e interdisciplinare dei disturbi del soggetto;
— esige la formulazione di un piano di intervento a lungo termine, che abbia ben chiaro l'obiettivo che si tenta di raggiungere;
— si avvale di quei mezzi che l'operatore ha sperimentato su se stesso attraverso l'esperienza di un notevole addestramento di vissuto corporeo;
— verifica l'andamento dell'intervento possibilmente in équipe o almeno discutendone con colleghi;
— nei casi delle patologie più gravi si avvale della supervisione di esperti;
— le tecniche devono essere applicate in modo non mai rigido, ma tenendo conto in ogni seduta degli interventi e della disponibilità del soggetto.

CONGENIALITÀ CON IL PENSIERO ADLERIANO

Da quanto sin ora detto mi pare non sia difficile intravedere nella teoria e nella pratica psicomotoria una notevole coincidenza con molti punti del pensiero adleriano.

Adler è stato molto attento sia ai problemi di integrazione sociale che a quelli pedagogici che abbiamo visto essere parte integrante della educazione P.M.

Nel bambino l'Inferiorità d'Organo psicomotoria e le modalità spesso errate della famiglia di affrontarla possono scatenare varie forme di compensazione attive o passive (11). Così vi sono soggetti che diventano paradossalmente iperattivi, instabili e perciò non collaborativi; altri che elaborano manifestazioni di aggressività rivolte verso i familiari o i coetanei o verso se stessi; altri ancora che ripiegano in un astensionismo depressivo permeato persino dal desiderio di morte.

La scuola dovrebbe aiutare a modificare questa situazione sia agendo sul bimbo che sulla famiglia; qualche volta lo fa, altre no. Sta di fatto che i casi segnalati dalla scuola sono in genere di bambini non gravemente handicappati, ma portatori di tutta una serie di disturbi male compresi dall'ambiente sociale.

La P.M., con le sue caratteristiche di lavoro sulla valorizzazione della persona, sia con la presa di coscienza di sé, che con l'acquisizione di qualità nuove, aiuta il bambino ad acquistare un po' di coraggio nell'accettarsi e nel manifestarsi.

Il momento della socializzazione, in cui il bambino ha la possibilità di esprimersi davanti ai compagni e di far accettare la sua esperienza, a volte ripresa dai compagni, è un momento commovente in cui pare che il bambino rinasca veramente a nuove possibilità. La pedagogia rivolta agli

insegnanti dovrebbe farli maggiormente riflettere sulle modalità di intervento; la P.M. non dà mai giudizi di valore, ma ricerca sempre la causa per cui una persona adotta un determinato stile di vita: e anche questo mi pare genuinamente adleriano, poiché coincide con un processo di incoraggiamento o, per gli insegnanti, con un addestramento a praticarlo.

Si tenga conto che l'Inferiorità d'Organo (quindi anche quella psicomotoria), intesa come frutto sia del vero deficit che del suo incremento da parte dell'ambiente, è stata proprio il primo spunto da cui Adler partì per elaborare in seguito, in modo vasto e complesso, la sua teoria e la sua metodologia di ricupero.

* * *

BIBLIOGRAFIA

1) Adler A.: « Il temperamento nervoso », Newton Compton, Roma, 1971.

2) Adler A.: « La psicologia individuale », Newton Compton, Roma, 1970.

3) Adler A. « Il bambino difficile », Newton Compton, Roma, 1973.

4) De Ajuriaguerra J.: « Manuale di Psichiatria », Masson Italiana, Milano, 1979.

5) De Ajuriaguerra J., Diamand J., Le Boulch L., Naville J., Stuky D.: « Stage de perfetionnement de Genève », Ed. Médicine et Hugène, Génève, 1970.

6) Boucher H.: « Approche de la personnalité de l'enfant par l'examen psychomoteur », Masson, Paris, 1973.

7) Coste J.C.: « La psychomotricité », P.U.F., Paris, 1980.

8) Guilman E. e G.: « L'activité psicho-motrice de l'enfant », Vigné, Paris, 1971.

9) Illingworth R.S.: « Dévéloppement psychomoteur de l'enfant », Masson, Paris.

10) Lapierre A., Aucouturier B.: « La simbologia del movimento », Edipsicologiche, Cremona, 1978.

11) Parenti F.: « Dizionario ragionato di psicologia individuale », Cortina, Milano, 1975.

12) Piaget J.: « La nascita dell'intelligenza nel bambino », Giunti, Firenze, 1968.

Fede Sartoris Chicco - Bruno Vidotto

INTEGRAZIONE DI DUE FORME DI TERAPIA ORIENTATE IN CHIAVE ADLERIANA NEL TRATTAMENTO DI UN BAMBINO PSICOTICO

PRESENTAZIONE DEL CASO

La relazione esamina il duplice trattamento psicologico di un bambino psicotico. È il caso di un soggetto, attualmente preadolescente di 12 anni, seguito da cinque anni, prima con trattamento di tipo psicomotorio e poi di tipo ludico verbale, entrambi condotti da operatori adleriani, il primo sul territorio, il secondo in un centro privato.

È una storia clinica in cui sono presi in considerazione non solo la descrizione sintomatologica, con relativa diagnosi, ma anche l'evoluzione del caso e gli aspetti psicodinamici che hanno permesso un notevole ricupero.

ANAMNESI

N. nasce in una città dell'Italia del Nord nel 69. È primogenito di due figli, una sorellina ha due anni meno di lui. L'ambiente socio-culturale è carente anche se economicamente con non troppi problemi. Nasce dopo gravidanza a termine, ma con un lungo travaglio nel parto. Pesa alla nascita 2800 grammi. Non si segnala asfissia neonatale. Viene allattato al seno per tre mesi, ma «in seguito a uno spavento dovuto a un cane» la madre verbalizza che «non ha più latte». Vi sono problemi di svezzamento all'età di 12 mesi.

La madre asserisce di non averlo mai visto sorridere né reagire quando ella si allontanava. A un anno e mezzo il bambino pronuncia le prime parole e contemporaneamente inizia la deambulazione; raggiunge il controllo sfinterico sia diurno che notturno verso i due anni.

Il bambino abita con i genitori sino all'età di sei mesi, poi fino ai due anni viene affidato alle cure di una zia materna e della nonna paterna. In questo periodo si verificano frequenti liti fra genitori e i nonni paterni, soprattutto fra la madre e la nonna, perché quest'ultima vorrebbe tenere sempre con sé il bambino.

Con la nascita della sorellina la famiglia si trasferisce in un piccolo paese di campagna.

Poco tempo dopo la nascita della sorellina il bambino viene ricoverato per circa un mese in un reparto di Neuropsichiatria Infantile per sospetta epilessia: tale notizia viene fornita dalla madre; la diagnosi non risulta confermata.

A cinque anni inizia a frequentare una scuola materna privata nel piccolo paese dove la famiglia si è trasferita. La madre riferisce che il bambino va volentieri e ha un buon rapporto con la Suora Direttrice. Scarsi risultano invece i rapporti con i compagni. Ha la «mania» delle «cose rotonde», ne tiene sempre una con sé; di preferenza è un disco, e, se gli viene tolto, dà in escandescenze. Mangia tutto ciò che gli viene a portata di mano; si ritira dai compagni e gioca da solo con il suo oggetto.

A quattro anni viene nuovamente ricoverato in un Reparto di N.P.I. e viene formulata diagnosi di psicosi infantile con modalità di tipo autistico. È ricoverato ancora per controllo l'anno seguente, a cinque anni e cinque mesi. È sottoposto a E.E.G., a esami psicodiagnostici e psicometrici. Risulta E.E.G. normale, viene confermata la diagnosi di psicosi infantile e viene consigliato ai genitori un trattamento psicoterapico per il bambino.

OSSERVAZIONE COMPORTAMENTALE - L'«AMBIENTE TERAPEUTICO»

N. viene notato e segnalato all'équipe medico-psico-pedagogica al suo ingresso nella scuola elementare, per il comportamento «anomalo» che mette in crisi l'insegnante. N. tiene continuamente in mano un oggetto rotondo, cammina per l'aula in cerca di un raggio di sole o di una luce da captare o da far riflettere dall'oggetto. A volte esce dall'aula e scende fin sulla strada; mangia i resti delle merende che trova nel cestino della spazzatura, raccoglie da terra e porta alla bocca gli oggetti più svariati.

Comunica con l'adulto, se da questi interessato, per mezzo di monosillabi, il più delle volte incomprensibili, e ricorrendo a costruzioni sintattiche particolari. Le sue possibilità di apprendimento risultano nulle. I genitori, preoccupati che il bambino non possa giungere a normali livelli di apprendimento, si dimostrano disponibili e accettano i consigli della Scuola e degli operatori dell'équipe. Si decide cosí di sottoporre il bambino a trattamento psicoterapico con tecnica psicomotoria due volte la settimana; i genitori si impegnano ad accompagnarlo alle sedute in un paese vicino a quello della loro residenza. Accettano anche di incontrarsi con la terapeuta una volta al mese per meglio affrontare i problemi relativi al trattamento. Viene anche proposto dagli organismi scolastici il trasferimento del bambino dalla scuola del paese dove risiede alla sede più grande dove già si reca per la terapia, perché qui vi sono maggiori strutture e migliori possibilità di inserimento. Qui ripete la prima classe e viene da questo momento seguito individualmente da un insegnante d'appoggio che collabora con l'équipe.

IL PROGETTO TERAPEUTICO

Il primo progetto terapeutico si propone di portare il bambino a una presa di contatto con la realtà. Si utilizza la tecnica psicomotoria perché si ritiene di dover privilegiare la comunicazione non verbale, favorire tappe precedenti e successivi recuperi, sia con il contatto con il terapeuta che con l'immissione graduale di oggetti nel lavoro terapeutico.

Pur tenendo presenti tutte le dimensioni dell'approccio psicomotorio, viene privilegiata l'importanza della formazione dello schema corporeo. Anche il lavoro psicopedagogico viene iniziato dall'insegnante d'appoggio ricorrendo ad una didattica psicomotoria; prima per brevi periodi, poi per un tempo sempre maggiore; all'inizio fuori dell'aula, poi pian piano con una integrazione totale nel lavoro della classe, resa possibile dalla disponibilità eccezionale anche della insegnante titolare. Lo svolgimento di tale lavoro segue schemi e modelli operativi ispirati alle teorie della psicologia genetica, in particolare piagetiane.

Nel secondo anno di frequenza della scuola elementare (ripete la prima classe) egli impara a leggere e scrivere e riesce in parte a vivere il ritmo della classe. A poco a poco il linguaggio diventa più preciso e comprensibile. Si è stabilita una relazione affettiva con gli adulti che si occupano di lui, mentre con i compagni, anche se da essi viene ben accettato, non riesce a stabilire rapporti sufficientemente validi. Viene privilegiata da lui la relazione con una bambina gravemente subnormale sul piano intellettivo, inserita nella medesima classe. Qualche volta, soprattutto nei momenti di gioco libero, egli si esprime in modo aggressivo e riesce a integrare il rapporto con i compagni solo attraverso la mediazione degli adulti.

L'oggetto privilegiato viene lasciato sempre a sua disposizione; a poco a poco diventa un oggetto di gioco, fino a poter essere lasciato e ripreso nei momenti di maggiore ansia, sovente coincidenti con malattie o problemi relazionali familiari o con l'allontanamento prolungato dall'ambiente terapeutico per le vacanze estive.

LA COSTELLAZIONE FAMILIARE

Le figure parentali, per quanto disponibili, risultano comunque disturbanti. La madre esprime ambivalenza e sentimenti di rifiuto osservabili con palese evidenza, ad esempio nella non cura riguardo all'alimentazione. Il bambino viene assai sovente a scuola senza merenda, a volte presenta sintomi tipo «coliche addominali», a cui i genitori non provvedono con alimentazione adeguata. Anche la cura dell'abbigliamento appare assai carente. Il padre, intellettualmente poco dotato, presenta caratteristiche di personalità di tipo nevrotico; è di scarso aiuto a un buon processo di identificazione per il figlio. È convinto che la patologia del figlio sia di tipo organico, «malattia del cervello», e che non vi sia alcuna possibilità di recupero.

La sorella minore è una bambina intellettualmente normodotata, graziosa e ben curata.

L'ambiente pedagogico-affettivo familiare risulta carente e patogeno sia per il rapporto tra i genitori (litigi, prepotenza paterna) sia per il rapporto con i figli.

Occorre per altro onestamente ammettere che, pur con le loro carenze, i genitori hanno fatto notevoli sforzi per collaborare coi terapeuti.

MOTIVAZIONI PER UNA SCELTA DI TRATTAMENTO PSICOMOTORIO: DECORSO E RISULTAII DELLA TERAPIA

La decisione di sottoporre N. a terapia psicomotoria viene presa dopo alcune sedute di osservazione che evidenziano quanto segue:

a) il bambino è chiuso in se stesso, non partecipa alla vita sociale, se non entro i limiti dello stretto necessario;

b) è continuamente intento a giocare con il suo oggetto; pare impossibile modificare tale comportamento se non «si entra» prima in questa sua modalità espressiva;

c) non ha ancora acquisito il linguaggio: le parole che pronuncia sono assolutamente incomprensibili;

d) la motricità non è adeguata a quella che risulta «normale» per la sua età; in particolare si evidenzia una globale disarmonia, mancanza di coordinazione nei movimenti, tono muscolare iperteso, mancanza di mimica facciale, mancanza di sorriso, non accettazione del contatto corporeo, disorganizzazione spazio-temporale grave.

Il progetto terapeutico che ne deriva si prefigge di portare il bambino a un rapporto con il reale attraverso il contatto con la terapeuta e con gli oggetti.

L'obiettivo immediato è quello di aiutare N. a interessarsi di oggetti «diversi» dal suo e di condurlo, in un ambiente sereno, a costruirsi uno schema corporeo e a vivere nella sua dimensione spazio-temporale.

Le sedute sono bisettimanali. Per una decina di sedute il bambino «rincorre» la luce per farla passare attraverso l'oggetto oppure cerca di riflettere su altri oggetti rotondi la luce o i raggi del sole. Sembra non accorgersi della terapista se non all'inizio e alla fine della seduta. «Entra» volentieri nella sala di terapia, ma non vorrebbe mai andare via. Appena entrato va a cercare l'oggetto e inizia il suo gioco. Col passare del tempo, a poco a poco si accorge degli stimoli introdotti dalla terapeuta. Accetta che ella inizi un contatto fisico e dopo tre mesi di terapia, sempre tenendo in mano il «suo» oggetto, accetta dei contatti corporei mediati; il contatto fisico diretto diventa così possibile rispetto a più parti del corpo.

Al termine dell'anno scolastico, tenendo sempre l'oggetto con sé, accetta e richiede giochi che ricordano momenti di vita familiare, utilizzati dalla terapeuta per lavorare sulla formazione della coscienza del corpo. Si nota pure qualche miglioramento nel linguaggio: il bambino pronuncia alcune parole-frase comprensibili.

La ripresa della terapia (a settembre, dopo le vacanze) è caratterizzata da una maggior varietà di gioco e dall'introduzione di nuovi oggetti Ora N. posa per qualche momento, in un luogo ben visibile, l'oggetto e poi lo riprende. Il linguaggio si arricchisce e il gioco diventa più significativo. Il transfert con la terapeuta è molto positivo, il bambino attende con impazienza le ore di seduta e sa valutare con precisione, in base a parametri e punti di riferimento del tutto personali, il giorno e l'ora della «seduta».

A volte è adirato e si comporta in modo aggressivo e violento anche con la terapeuta. In tali sedute sovente si masturba: il modo di masturbarsi e le parole pronunciate riproducono scene osservate tra i genitori (si nota che il bambino dorme ancora nella loro camera da letto).

Tre anni di terapia di tipo psicomotorio hanno portato il bambino a un discreto contatto con la realtà, tale da permettergli di vivere una «vita di classe» pressoché normale dal punto di vista relazionale, anche se sempre mediata dall'adulto. Grazie alla collaborazione dell'insegnante di appoggio e di quella di classe, N. è giunto, per quanto attiene l'apprendimento, all'acquisizione della lettura e scrittura e alla soluzione di semplici problemi di aritmetica, utilizzando il ragionamento sul dato concreto.

Crescendo il contatto con la realtà, il bambino avverte la sua «diversità» e la sua incapacità ad apprendere «come gli altri». Il fatto stesso che un insegnante si occupi quasi esclusivamente di lui, tutti i giorni, lo conferma.

Ci pare che tutta la situazione, vissuta come «stato obiettivo di inferiorità», possa venir considerata il corollario di una inferiorità d'organo, con le conseguenze psicologiche che ne derivano.

Un ultimo aspetto vogliamo ancora sottolineare: la posizione di primogenito nella costellazione familiare. Adler («Il bambino difficile») fa osservare come il primogenito-maschio vive spesso come situazione di inferiorità il rapporto con la secondogenita-femmina, perché la bambina si sviluppa in modo diverso e per certi aspetti più velocemente. Tale situazione viene vissuta come un «essere superato» dalla sorella. Nel nostro caso N., maggiore di due anni, è obiettivamente in situazione di inferiorità rispetto alla sorella che, pur non apparendo particolarmente brillante, rientra non di meno nella norma rispetto alla media dei ragazzi frequentanti la nostra scuola. La bambina, sufficientemente graziosa, spigliata e ben curata esteriormente, viene dai genitori continuamente additata come esempio da seguire per il fratello. I profondi sentimenti di inferiorità, le frustrazioni prolungate e le carenze affettive, giustificano i meccanismi nevrotici di compensazione espressi dal bambino sotto forma di aggressività nei confronti della sorella e a volte dei compagni. Lo stile di vita si caratterizza come tendenza al ritiro dalla realtà (con scarsa capacità di socializzazione) oppure come esplosione incontrollata di aggressività. Il comportamento nei confronti delle figure adulte è peraltro molto migliorato: il bambino saluta le persone che conosce per la strada e sa rispondere in modo adeguato a domande semplici.

Dopo tre anni di terapia psicomotoria abbiamo ritenuto giunto il momento di intervenire con altra modalità, avendo il bambino raggiunto la fase verbale e una discreta strutturazione dello schema corporeo e di organizzazione spazio-temporale e della personalità. A questo punto ci parve più adatta una terapia di tipo verbale interpretativo, operante con metodologia di tipo ludico. Particolari esigenze della famiglia hanno aiutato questa scelta; il bambino è così stato inviato a un centro specializzato per continuare la terapia.

IL SECONDO TRATTAMENTO PSICOTERAPEUTICO: DESCRIZIONE SINTOMATOLOGICA E AGGIORNAMENTO PSICODIAGNOSTICO

N. inizia la psicoterapia nel marzo '80 con frequenza di due sedute settimanali.

L'approfondimento diagnostico presenta un soggetto in fase di forte regressione psicotica, anche a causa della forzata interruzione della precedente terapia.

La descrizione sintomatologica e comportamentale evidenzia uno stato morboso grave.

Ora è presente il linguaggio verbale che era quasi del tutto assente all'inizio della prima terapia.

Il bambino usa il linguaggio verbale, ma esclusivamente in chiave «privata» senza alcun valore comunicativo. I messaggi sono spesso strani e incomprensibili, il probabile simbolismo sottostante difficilmente decodificabile. Si alternano, a livello comportamentale, momenti di distacco e apatia a momenti di ansia acuta, a scoppi esplosivi e incontrollati di aggressività che culminano, dopo circa tre settimane, in una crisi delirante acuta. È presente e perdura per lungo tempo uno stato di confusione fra realtà e fantasia. Il rapporto con le figure parentali evidenzia una dipendenza quasi morbosa dalla madre e un timore, che a volte diviene vera e propria paura, nei confronti del padre.

Il transfert con il terapeuta stenta a stabilirsi sia in senso positivo che negativo. Semplicemente il bambino lo tiene lontano da sé, si difende e rifiuta il rapporto vivendo ritirato nel suo mondo di fantasmi, a tratti delirante, ed evita accuratamente ogni contatto corporeo. L'unica comunicazione, in questa fase, consiste nel dare ordini al terapeuta di fare o di non fare questa o quell'altra cosa. Il bambino non risponde alle domande, non esegue le consegne, è oppositivo e negativista, aggressivo e violento nelle sue reazioni. A livello espressivo alterna comportamenti contraddittori: in alcuni momenti la faccia è inespressiva, il corpo rigido, ipertonico, la voce piatta e uguale, in altri vi sono scoppi violenti di aggressività, la voce si articola in molte diverse sfumature appropriate alla «parte» che il bambino recita e vive, si notano ricchezza di movimenti, mimica e gestualità vivaci. A ciò si accompagna la presenza continua, quasi ossessiva,

di automatismi motori, stereotipie, ecolalia e discorsi incomprensibili. A volte N. ride apparentemente senza motivi plausibili. Tende a portare alla bocca o a masticare qualunque cosa gli capiti tra le mani.

Egli evidenzia delle notevoli capacità mimico-espressive (canto, imitazione di personaggi) e a livello grafico (disegno). Nel disegno libero emergono quali temi preferenziali personaggi televisivo-spaziali. Disegna anche animali (cane, topo, lumaca ecc...) attribuendo ai medesimi sentimenti umani di segno per lo più estremo e negativo. I disegni dello «scheletro» sono da riferirsi ad oppositività nei confronti della figura paterna («mi piace», «a mio padre non piace»). L'attività è accompagnata continuamente da automatismi motori delle dita della mano e da un intercalare particolare. Parla molto da solo, spesso in modo incomprensibile. Si evidenzia scarsa aderenza del discorso ai temi trattati nel disegno, disordine esplicativo e ideativo. Il bambino passa continuamente da un discorso all'altro.

AMBIENTE E PROGETTO TERAPEUTICO

Il trattamento psicoterapico si svolge in due sedute settimanali di circa un'ora ciascuna. Si aggiunge, alle sedute col bambino, un incontro mensile con i genitori e colloqui, anche più ravvicinati, con l'insegnante di appoggio che lo segue individualmente. Si mantengono inoltre stretti contatti con la Direzione Didattica della Scuola e con le altre insegnanti. Il trattamento privilegia per lungo tempo due filoni essenziali:

a) costituzione di un rapporto di transfert profondo e alternativo al rapporto disturbante e disturbato coi genitori;

b) vista la gravità del caso, si ricorre spesso all'uso di strumenti psicopedagogici che, come noto, rientrano a pieno diritto nella metodologia terapeutica adleriana.

Gradualmente, con lo stabilirsi e l'approfondirsi di un rapporto transferale positivo, si interviene sempre più spesso (anche in modo «diretto») sul comportamento del bambino, impedendo condotte distruttive, aggressive e autolesive e cercando di sostituirle gradualmente con condotte più accettabili socialmente e più adattate.

Tale impostazione viene concordata e portata avanti anche con i genitori e con l'insegnante di appoggio.

c) Un terzo livello di intervento successivo è teso a promuovere un più corretto contatto con la realtà al fine di strutturare meglio la personalità del bambino e liberarlo progressivamente dalla sintomatologia di tipo «confusionale» (non differenziazione tra realtà e fantasia) e delirante.

Quest'ultima modalità di intervento si prefigge alcuni scopi ben precisi: correggere la dissociazione dei messaggi all'interno del nucleo familiare, portare il bambino a un'integrazione e a una strutturazione della personalità almeno sufficienti per permettergli una migliore socializzazione.

DECORSO DELLA TERAPIA E INTERPRETAZIONE PSICODINAMICA

Pensiamo di poter asserire che, almeno a livello manifesto, pur permanendo in profondità nuclei psicotici, il bambino è progredito e migliorato arrivando a un quadro di nevrosi grave.

Il bambino ha iniziato a frequentare la scuola media, apparentemente senza traumi particolari. È già stato impostato un piano di lavoro e di collaborazione tra terapeuta e Scuola. È stata programmata una serie di incontri mensili con la Presidenza e l'intero Consiglio di classe del bambino, avvenuti regolarmente. Gli insegnanti si sono mostrati disponibili a collaborare e ben disposti nei confronti del bambino che è riuscito a suscitare la loro simpatia. Perdurano inoltre i contatti tra attuale Consiglio di classe e Direzione didattica delle Elementari (soprattutto nella persona della precedente insegnante di appoggio).

Il rapporto del bambino coi genitori è molto migliorato. Dopo un periodo caratterizzato da oppositività nei loro confronti (intorno alla metà dell'anno scorso), legato al progressivo processo di autonomizzazione e integrazione del bambino, il clima familiare è più disteso e sereno.

Il padre è assai più ben disposto nei confronti del figlio. Gioca spesso con lui, ha più pazienza nello spiegargli le cose, lo porta spesso con sé a pescare e in altri luoghi, lo accompagna alle sedute. Gli fa anche spesso dei regali. I risultati della terapia e gli incontri mensili col terapeuta hanno definitivamente scardinato la radicata convinzione paterna che «il bambino è irrecuperabile, perché è malato nel cervello».

La madre, già all'inizio più disponibile, pare assai meno ambivalente e ricca di speranza per il futuro del figlio.

Ambedue i genitori, nonostante i comprensibili momenti di ansia e scoraggiamento, ammettono che il bambino è migliorato nel suo comportamento. Si è riusciti con un lavoro in comune a superare alcuni problemi pratici che paiono interpretabili in chiave di complesso di inferiorità e inferiorità d'organo. Non avvengono più sovente come prima i confronti e paragoni negativi e frustranti con la sorella (che rafforzavano il sentimento di inferiorità del bambino). N. non ha più bisogno di esprimere la sua volontà di potenza ricorrendo a temi deliranti, ma riesce a farsi accettare dagli adulti e dai bambini per quello che è, riuscendo spesso anche simpatico (pur se di difficile carattere in certe circostanze). La probabile connotazione di inferiorità d'organo si manifestava soprattutto grazie ad atteggiamenti «inconsapevoli» dei genitori che facevano apparire il bambino sotto un aspetto stereotipato di «bambino deficiente, diverso e tarato». Il taglio dei capelli, il modo di vestire, la non cura rispetto ad altri simili particolari rafforzavano tale vissuto del bambino sia rispetto a se stesso che rispetto agli altri. Una profonda presa di coscienza da parte dei genitori degli aspetti caratterologici positivi (buona intelligenza pratica, doti di fantasia e creatività ecc.) hanno permesso una valorizzazione del bambino spostando l'asse dell'attenzione dal negativo al positivo. Ora il bam-

bino viene vestito con più cura, il taglio dei capelli non è più quasi a «zero», l'aspetto estetico appare molto più da «bambino normale», sia agli occhi dei genitori che di chi lo osserva.

Essendo stato in parte superato il complesso di inferiorità, legato anche alla suddetta connotazione estetica di inferiorità d'organo, il bambino riesce a esprimere in maniera assai più integrata la sua volontà di potenza e di autoaffermazione. Non ha più bisogno di ricorrere a finzioni comportamentali e ipercompensazioni che l'han condotto all'inizio a una sintomatologia di tipo delirante e confusionale. Si è evidenziata una progressiva capacità di passare dall'azione impulsiva distruttiva o autodistruttiva (acting-out ed acting-in) a una rielaborazione simbolica della stessa. La confusione tra realtà e fantasia non si osserva più (anche se spesso il bambino ha ancora bisogno di numerose e ripetute rassicurazioni a questo riguardo). È stato recuperato un buon rapporto con il mondo esterno e con la realtà (l'ingresso non traumatico in Scuola media lo testimonia). Realtà e fantasia vengono nettamente distinte e il bambino si rende conto, anche verbalizzandolo, che le sue fantasie sono finzioni.

La parola e il linguaggio vengono adoperati ora con significato di comunicazione: rivolge molte domande, è interessato a molte cose nuove e per lui ancora sconosciute, risponde alle domande rivoltegli con sufficiente coerenza e logicità. Permangono ancora tuttavia, in certi momenti, discorsi «personali» ricchi di neologismi.

Gli insegnanti riferiscono che ora N. riesce assai più spesso e per momenti più prolungati a partecipare a giochi e attività di gruppo regolate e organizzate.

Ci rendiamo conto, in conclusione, che al di là dei nostri piccoli meriti di terapeuti, una serie di occasioni e circostanze fortunate e favorevoli ci ha permesso di operare in maniera così vantaggiosa per questo bambino che, ricordiamolo, è progredito da una fase di psicosi con connotazioni di tipo autistico via via verso un'accettazione e presa di coscienza di sé (formazione ex nihilo di un corretto schema corporeo) fino a un'integrazione nella realtà sempre più corretta.

La collaborazione di persone ricche di sentimento sociale, di sensibilità, di capacità di immedesimazione ed empatia (in primo luogo gli insegnanti), ci ha permesso di creare per N. un «ambiente terapeutico totale» (secondo l'espressione di Bettelheim). Ciò ci induce a ben sperare per il futuro del bambino. È un'esperienza particolarmente stimolante e anche «fortunata» e come tale ve la presentiamo, con la speranza che tanti altri bambini sofferenti possano sperimentare anch'essi simili «esperienze favorite anche dalle circostanze».

BIBLIOGRAFIA

ADLER A.: « Il temperamento nervoso », Newton Compton, Roma, 1971.

ADLER A.: « Psicologia individuale e conoscenza dell'uomo », Newton Compton, Roma 1975.

ADLER A.: « La psicologia individuale », Newton Compton, Roma, 1970.

ADLER A.: « Cos'è la psicologia individuale », Newton Compton, Roma, 1976.

ADLER A.: « Psicologia del bambino difficile », Newton Compton, Roma, 1973.

ADLER A.: « La psicologia individuale nella scuola », Newton Compton, Roma, 1979.

ARIETI S.: « Interpretazione della schizofrenia », vol. I, Feltrinelli, Milano, 1978.

BETTELHEIM B.: « La fortezza vuota », Garzanti, Milano, 1979.

BETTELHEIM B.: « Psichiatria non oppressiva », Feltrinelli, Milano, 1976.

BUCHER H.: « Troubles psycho-moteurs chez l'enfant », Masson, Paris, 1972.

DEL CARLO GIANNINI G., MARCHESCHI M., PFANNER P.: « Dispense di neuropsichiatria infantile », Quaderni dell'Istituto Medico-pedagogico « Stella Maris », Pisa, 1971.

DE AJURIAGUERRA J.: « Manuel de psychiatrie de l'enfant », Masson, Paris, 1974.

FREUD A.: « Normalità e patologia del bambino », Feltrinelli, Milano, 1973.

FREUD S.: « La psicoanalisi infantile », Newton Compton, Roma, 1971.

FREUD S.: « Introduzione alla psicoanalisi », Boringhieri, Torino, 1978.

KLEIN M.: « La psicoanalisi dei bambini », Martinelli, Firenze, 1970.

PARENTI F. e Coll.: « Dizionario ragionato di Psicologia Individuale », Cortina, Milano, 1975.

PARENTI F., PAGANI P.L.: « Manuale per l'esame psicologico del bambino e dell'adolescente », Hoepli, Milano, 1971.

PIAGET J.: « La rappresentazione del mondo nel fanciullo », Boringhieri, Torino, 1973.

PIAGET J.: « Lo sviluppo mentale del bambino », Einaudi, Torino, 1967.

G.G. Rovera - G. Scarso - S. Fassino - D. Munno

CONTRIBUTO A TRE PROBLEMI DELL'ESISTENZA: VITA, LAVORO, INTERESSE SOCIALE

I.

Con il presente contributo si propongono alcune osservazioni psicopatologico-cliniche sul fenomeno droga imperniate su particolari temi dell'Individual-Psicologia.

La nostra esperienza diretta si basa su un'osservazione di circa 300 soggetti tossicodipendenti seguiti per oltre tre anni e per un totale complessivo di oltre centomila prestazioni dirette. Parallelamente sono state condotte otto analisi individuali secondo la linea adleriana e sono altresì stati effettuati un centinaio di ricoveri in reparto specialistico, per una terapia di divezzamento. Le due ultime esperienze non saranno discusse in questa sede.

Fisseremo invece la nostra attenzione sull'attività prestata presso l'Ambulatorio per tossicodipendenti dell'Ospedale San Giovanni Molinette, afferente all'Istituto di Clinica Psichiatrica dell'Università di Torino, in cui operiamo ininterrottamente da oltre tre anni (Torre e coll.). Il Centro ha iniziato l'attività il 12 settembre 1978; da allora ha assistito, come s'è detto, 297 utenti, con terapia farmacologica incentrata sulla somministrazione quotidiana di dosi scalari di Metadone eventualmente integrata con altri psicofarmaci e sempre associata con colloqui psicologici d'appoggio.

A partire dall'8 marzo 1979 il metadone è stato dato per esclusiva via orale, mentre prima di tale data vi furono alcuni casi trattati per via intramuscolare ed endovenosa.

Per le difficoltà oggettive circa il rilevamento dei dati, specie da inadeguata collaborazione, non si è oggi in grado di interpretare in modo conclusivo la prognosi del centinaio di individui che dall'apertura del Centro ad oggi hanno ricevuto la cura metadonica e che poi non hanno più fruito del servizio. Si sta conducendo al proposito un'indagine catamnestica, la quale, da risultati non definitivi, deporrebbe per la notevole varietà dei decorsi: dalla sospensione totale dell'eroina, alla ricaduta, all'uso saltuario della stessa.

Sembra inoltre di poter sottolineare una diversità di livello fra quello che era la richiesta avanzata un tempo dai tossicodipendenti e l'approccio medico-psicologico adottato. Le risposte terapeutiche da parte del «gruppo

curante» non coincidevano con le «domande-bisogni» (Bonnet-Pons) del tossicomane volte quasi esclusivamente a ricevere la dose per coprire lo stato di carenza «fisica». I colloqui mirati ad un approfondimento della situazione psicopatologica non erano in genere accettati, salvo in rari casi maggiormente motivati per un intervento più incisivo.

La nostra esperienza ci porta a ritenere che in un primo periodo sembra più opportuno effettuare una strategia di trattamento a livello situazionale, soprattutto volto a migliorare la condizione psicologica, sociale e lavorativa dell'utenza.

A distanza di tre anni il setting terapeutico si sta modificando nel senso che un certo «assestamento» psicosociale del tossicomane favorisce l'emergere di richieste di un approccio relazionale più approfondito. Solo in un terzo momento ed a certe condizioni di motivazione e di «tenuta» si possono eventualmente affrontare le dinamiche conflittuali più profonde. Tali sono la direzione e le finalità terapeutiche che appaiono proponibili nel contesto in cui si opera.

Da quanto detto risulta che di fronte al miglioramento della situazione somatica e dell'adattamento sociale dei soggetti persiste un notevole disagio psicologico generatore dello stato di tossicodipendenza, specie da metadone, sulla cui cessazione completa e stabile il reperto ci appare oggi essere piuttosto raro e non ben documentabile.

Si ritiene inoltre opportuno sottolineare che, accanto e alternativamente a quelle ricordate, si hanno altre forme di intervento che oggi sono per lo più delegate ad istituzioni o ad iniziative private e che dovrebbero essere consigliate in una strategia globale della prevenzione e del trattamento.

II.

Intendiamo qui esaminare la nostra casistica lungo le direttrici che si riferiscono a tre problemi fondamentali della esistenza secondo la Psicologia Individuale, e cioè:

a) la vita affettivo-sessuale;

b) il lavoro;

c) l'interesse sociale.

A) A proposito della vita affettivo-sessuale del tossicodipendente abbiamo approfondito alcune tematiche attraverso una serie di colloqui mirati sessuologicamente (Rovera e coll.). Il campione è di 27 soggetti (su un gruppo di 297) scelti con random: di questi 25 sono di sesso maschile e 2 di sesso femminile, con una età media di 23 anni (il rapporto maschi e femmine tra gli assistiti è di 9 a 1). Al momento della raccolta del campione, 17 soggetti frequentavano l'ambulatorio, talora in modo continuativo, da più di un anno; 6 erano in terapia da circa sei mesi; 4 erano al loro primo incontro.

L'indagine clinica si è basata su dati emergenti da colloqui singoli. Ci siamo serviti di un questionario-traccia elaborato in precedenza ed inserito intenzionalmente in modo informale nei colloqui psicologici.

Il maggior problema che abbiamo dovuto affrontare in via preliminare è stato sul metodo della ricerca. È risaputo che i questionari intervista spesso sono eludibili dalle difese dei soggetti (Gilli) ed anche da resistenze di tipo relazionale, quali possono risultare da un rapporto talora manipolativo com'è quello che si instaura tra tossicodipendente e medico fornitore di oppiacei.

In particolare ci siamo rifatti alle osservazioni effettuate da Goldstein, Kant, Hartman (1973), anche se la nostra indagine si situa in un ambito particolare, in quanto non è possibile dimenticare il «negoziato» che, al momento della somministrazione della sostanza, introduce un parametro assai ambiguo nel rapporto medico-tossicomane. L'attuale ricerca va interpretata con altri due strumenti di ricerca: il R.R.T. ed il T.I.P.E.

Per quanto riguarda il primo reattivo, il Ranking Rorschach Test, già si è riferito in un precedente lavoro (Rovera, Fassino, Munno, Scarso, Torre, 1980). Il secondo test che stiamo oggi applicando, stimola l'immaginario erotico, ma è anche a nostro avviso uno strumento valido per far emergere problematiche a livello dei rapporti interpersonali.

Le nostre osservazioni sono qui sintetizzate in cinque punti:

1) A livello di performance, cioè di alterazioni quantitative delle condotte sessuali (Kaplan, 1974; Rovera, 1976), si è potuto rilevare una notevole diminuzione dell'attività autoerotica in conseguenza dell'uso di sostanze oppiacee in generale (dall'88 al 40%). Variazioni non significative si sono osservate a proposito dell'attività eterosessuale nel periodo successivo allo stabilirsi della «dipendenza» dalla sostanza (dal 96 al 91%). Si è invece notata una notevole riduzione di episodi di eiaculazione precoce successivamente all'uso di oppiacei (dal 23 al 12%); parallelamente sono aumentate le situazioni di eiaculazione ritardata (dal 9 al 79%) e così pure le disfunzioni erettive e le insufficienze organismiche secondarie (dal 4 al 12%).

2) Per quanto concerne il giudizio soggettivo espresso dai tossicomani stessi sulla propria attività sessuale si desume che essi vivano la stessa in senso negativo durante i periodi di massimo consumo di eroina: ciò sembrerebbe in relazione sia all'azione esercitata da questa sull'organismo, sia ad eventuali sindromi di carenza, sia al mutamento imposto al comportamento generale dalla costante ed affannosa ricerca della «roba».

L'impiego terapeutico di metadone sembrerebbe permettere un miglioramento del vissuto soggettivo della vita sessuale da parte del tossicomane, e ciò per tre motivi:

a) in quanto il soggetto non è ingoiato nel giro della droga ed ha quindi più tempo storico e spazio psicologico per rapporti interpersonali;

b) la somministrazione del metadone per os pone il tossicodipendente al di fuori di una dimensione «obbligatoria» del «buco»;

c) l'assenza di flash da metadone, in quanto assunto per via orale, può favorire una ricerca del piacere orgasmico ed un eventuale reinvestimento libidico sul partner.

3) A livello di eventuali variazioni qualitative abbiamo riscontrato, soprattutto per ciò che concerne l'omosessualità, una irrilevante diminuzione dopo l'uso continuativo di oppiacei. Anche questo dato deve essere collaudato da successive ricerche.

4) Dall'analisi del nostro campione risulterebbe che la maggioranza dei tossicodipendenti distingue chiaramente, almeno a livelli di esperienza soggettiva, l'orgasmo sessuale dal cosiddetto «orgasmo farmacotimico» (Di Maio); in genere l'individuo dice di preferire il primo qualora non sia in stato di carenza. Il flash pare dia «reazioni» più intense e per taluni anche più soddisfacenti (specie se la droga iniettata è la cocaina).

A tale riguardo si sottolinea che questo dato dovrebbe venire confermato da ulteriori studi, indirizzati verso una più approfondita analisi dell'«aggettivazione» sessuologica.

5) Per quanto concerne gli aspetti relazionali ci limitiamo qui a rilevare alcuni aspetti più evidenti emersi dall'indagine: tra questi la preferenza che i tossicodipendenti hanno per partners non dediti alle droghe, nonché una maggior difficoltà ad attuare relazioni affettive stabili osservate in conseguenza all'uso continuativo di oppiacei.

Ciò sottolinea in modo evidente un nodo molto significativo della trama esistenziale tossicomanica: i problemi inerenti alla vita sessuale non sono tanto riferibili alla performance, quanto al desiderio ed al piacere. Soprattutto emerge con chiarezza la difficoltà di rapporti affettivi interpersonali. È su questi aspetti che si sta incentrando il proseguimento della nostra indagine.

B) Circa il tema del lavoro è indubbio che il tossicodipendente riveli la sua angosciante conflittualità anche su questa problematica; e ciò per vari motivi. Ne citiamo alcuni.

1) L'uomo passa la maggior parte della sua esistenza attiva al lavoro: ciò può essere autoaffermativo, ma comporta uno sforzo ed una fatica che spesso mobilizzano più frustrazioni che gratificazioni.

2) Per mezzo del lavoro l'individuo si integra nella società e ciò soddisfa i suoi bisogni di appartenenza e di sicurezza. Egli acquisisce anche la possibilità di scambiare dei beni materiali i quali sono contemporaneamente il supporto ed una condizione del suo adattamento sociale (Sivadon e Amiel).

3) Il lavoro è quasi sempre un'attività che mette in gioco i più diversi e i più complessi rapporti umani e legami psicologici. In esso possono entrare in gioco la molteplicità delle strutture e dei sentimenti sociali: le dinamiche di gruppo, l'istituzione, le gerarchie, il sindacato, la professione, l'appartenenza ad una subcultura sociale, politica, religiosa, le amicizie, le inimicizie personali.

Com'è possibile che questo intreccio di tematiche complesse si realizzi adeguatamente o raggiungano certi livelli nei tossicodipendenti?

La nostra casistica rivela che il 74% dei soggetti era occupato prima di usare oppiacei; tale percentuale è scesa al 20% durante il periodo di massimo consumo di eroina ed è risalita all'81% con l'instaurazione della terapia metadonica. Questi dati sottolineano un notevole disadattamento lavorativo dovuto ad una serie di fatti che non si riferiscono in genere alle comuni nevrosi ed ai quadri psicosomatici «da lavoro».

1) In particolare possiamo registrare una demotivazione al lavoro: basti pensare alla divaricazione a forbice tra guadagno da attività lavorativa ed esigenze di denaro per bucarsi.

2) Un disadattamento all'ambiente di lavoro, riferibile ad una molteplicità di aspetti, tra i quali citiamo:

a) difficoltà sia verso il gruppo dei colleghi che verso i superiori. Il tossicomane in fase di sballo è inefficiente, in fase di carenza è aggressivo. Non gli si può affidare responsabilità di lavoro.

b) Difficoltà circa l'adattamento ai tempi operativi: orari, cadenze di lavoro, ritmi di gestione, assenteismo, malattie intercorrenti.

c) Difficoltà rispetto all'adattamento all'oggetto (pericolosità dell'utensile, ecc.).

Tutto ciò riduce la gamma delle possibilità di trovare una occupazione in una società prevalentemente industriale com'è la nostra.

3) Disadattamento sociale al lavoro.

Il tossicodipendente dice: questa società «non va e non mi va». Un nostro paziente sosteneva che invece di cercare di curarlo sprecando tempo e denaro, sarebbe stato più opportuno erogargli L. 100-200.000 il giorno perché egli avrebbe saputo come spenderle, cioè bucandosi.

4) Bisogna inoltre considerare il problema del tossicomane di fronte al non lavoro.

Il tossicomane nella sua distorta volontà di potenza e nella sua regressione psicologica non solo non riesce più a lavorare, ma non riesce nemmeno più a divertirsi, a svagarsi.

Il detto di Shaw: «L'uomo dispone del suo tempo per farne quello che desidera: la libertà è lo svago» è un paradosso per il tossicomane. Infatti mentre troppo spesso non esiste più un tempo per il lavoro, quasi sempre non esiste più il tempo per le attività ludiche e ricreative.

Dal nostro questionario-traccia risulta che l'81% dei soggetti aveva degli hobbies prima di iniziare l'assunzione di oppiacei, mentre tale percentuale era scesa al 37% a tossicodipendenza conclamata.

Tutta la modalità temporale è in casi gravi impiegata alla ricerca della droga. Il soggetto è un forzato a tempo pieno, completamente disinserito, non diciamo dal ciclo produttivo (questa potrebbe essere una considerazione riduttiva), ma dal ciclo vitale.

Il metadone ha ridotto notevolmente l'angoscia della mancanza della «sostanza» permettendo, nei nostri casi, un reinserimento nelle attività lavorative per una percentuale del 74%. Questa percentuale va comunque considerata nella globalità del tema esaminato.

C) Molto importante appare l'indagine sul sentimento comunitario e sull'interesse sociale del tossicomane. Questo discorso appare articolato su molti punti.

1) Una pseudo facilitazione ai contatti sociali. Questi vengono ricercati quasi sempre a livello strumentale (lo spaccio di droga). Si creano gerarchie tra i tossicomani a seconda del grado di dipendenza ed all'insegna del tanto peggio, tanto meglio.

2) V'è una pressoché costante accusa alla società che non permette una liberalizzazione della droga. Contemporaneamente v'è la richiesta di assistenza sanitaria: immediata, gratuita e globale tranne paradossalmente unita a dichiarazioni di principio circa la non patologicità dello stato di tossicodipendenza.

3) È difficile che tra drogati si instaurino amicizie profonde, mentre non di rado si riscontrano rapporti a tipo «dipendenza» o sodalizi a tipo «mutua assistenza».

4) V'è un notevole aumento della criminalizzazione, della prostituzione, del furto domestico; le menzogne sono all'ordine del giorno e non sono solo del tipo «autoprotettivo», ma anche fantastico-compensatorio.

5) Di fronte alla compromissione del sentimento sociale sembra pertinente porre il quesito se tale deficit possa costituire un segnalatore semeiologico di una grave situazione di «scoraggiamento».

In effetti un recupero del sentimento sociale va di pari passo ad una ritrovata forma embrionale di coraggio: di vivere, di affrontare le frustrazioni derivate da una conflittualità profonda e dalla vita quotidiana, di mascherare le mète fittizie rinforzate dall'uso della droga, intesa non di rado come una fittizia mèta idealizzante (Rovera, 1981).

III.

Quali brevi considerazioni in riferimento alla esperienza condotta si rileva l'estrema difficoltà di un recupero clinico e strutturale di quei tossicodipendenti che sono entrati nel «giro della droga». Ne è anche prova la messa in discussione dei modelli di trattamento che vengono oggi variamente contestati, specie se comprendono la cura metadonica, senza che peraltro si giunga ad una chiara strategia integrata.

Sotto il profilo dell'approccio psicologico, dai nostri dati emerge che, a parte casi eccezionali, in cui si può offrire ed attuare una psicoterapia del profondo peraltro assai problematica (cfr. anche Rossi), la quotidiana fornitura di presenza con consapevolezza controtransferale sia in concreto l'intervento proponibile e quello che permette — nelle attuali condizioni di setting — una eventuale lentissima variazione positiva dello stile di vita del soggetto.

Un trattamento appropriato dovrebbe già peraltro iniziare a livello di prevenzione primaria, ove si pensi che i 20.000 tossicomani in Italia di due anni fa, sono ormai più che raddoppiati. Anche per ciò che concerne la sottocultura della droga — ad esempio circa il rapporto tra soggetto

e sostanza; tra società e soggetti tossicodipendenti ecc. — si assiste oggi ad una continua variazione del problema (Parenti e coll., 1978).

Ciò pone una serie di quesiti che vanno oltre il campo del presente contributo: ci sembra tuttavia che la linea adleriana consenta valide modalità di approccio e specifica consapevolezza di intervento lungo fasce non solo personali ma anche a livello familiare, scolastico e sociale.

★ ★ ★

BIBLIOGRAFIA

Adler A. (1920): « La Psicologia Individuale », Newton Compton, Roma, 1970.

Bonner Y., Ponsi M.: « La domanda nei servizi psichiatrici », Psicoter. e Scienze Umane, I, IV, 56-81, 1981.

Di Maio D. e Coll.: « Le tossicomanie giovanili », Il Pensiero Scientifico », Roma, 1976.

Gilli G.A.: « Come si fa ricerca », Mondadori, Milano, 1971.

Goldestein M., Kant K., Hartman J. (1973): « Pornografia e comportamento sessuale deviante », Giuffrè, Milano, 1978.

Parenti F., Pagani P.L., Fiorenzola F.: « La droga: un plagio », Riv. Psicol. Indiv., 6, 9 (8-21), 1978.

Rossi R. e Coll.: « Terapia della droga: illusione o realtà », Il Pensiero Scientifico, Roma, 1975.

Rovera G.G.: « Psicologia Individuale e Antropologia culturale », in: « Psicoterapia e Cultura », Il Pensiero Scientifico, Roma, 1976.

Rovera G.G.: « Mete fittizie e metanoia », in: « Finalità della Psicoterapia » a cura di V. Volterra, Patron, Bologna, 1981.

Rovera G.G., Fassino S., Munno D., Scarso G.: « A proposito della sessualità nei tossicodipendenti », Riv. Sessuologia, 3, 205-213, 1981.

Rovera G.G., Fassino S., Munno D., Scarso G., Torre E.: « Utilizzazione del Ranking Rorschach Test in tossicodipendenti », Minerva Psichiatrica, 21, 1980.

Sivadon P., Amiel R. (1969): « Psicopatologia del lavoro », Astrolabio, Roma, 1974.

Torre M., Rovera G.G., Fassino S., Munno D., Scarso G.: « Considerazioni circa due anni di attività dell'ambulatorio per le tossicodipendenze afferente all'Istituto di Clinica Psichiatrica dell'Università di Torino », Assessorato alla Sanità, Regione Piemonte, 1980.

GIORGIO CECCARELLI - LAURA CUTTICA

UNA RICERCA SU UN GRUPPO DI RAGAZZI DI UN QUARTIERE PERIFERICO DI GENOVA, SOGGETTI A PROVVEDIMENTI DA PARTE DEL TRIBUNALE MINORILE

Esistono aspetti della vita sociale nei quali i temi fondamentali della psicologia individuale si presentano in modi tanto nitidamente stagliati, da avere solo raramente corrispettivo nelle problematiche emergenti dai casi clinici.

È di fronte a queste situazioni che riteniamo di poter confermare la suggestività, se non la validità, del concetto secondo il quale microcosmo individuale e macrocosmo sociale presenterebbero strettissima analogia, tanto che conoscere l'uno vorrebbe dire conoscere anche l'altro.

Nell'ambito sociale alcuni meccanismi si manifestano all'osservatore come stereotipi marcatissimi, tanto da far pensare che in alcuni casi e di fronte a determinati fenomeni, la risposta sociale assume connotazioni nevrotiche difficilmente evitabili.

Questa breve premessa ha lo scopo di richiamare l'attenzione su una problematica emersa dalla circostanza in cui il Tribunale per i Minorenni di Genova, avvalendosi della collaborazione di un gruppo di psicologi e psichiatri, ha patrocinato una ricerca volta ad individuare le dinamiche sottostanti l'aumento dei casi di disadattamento segnalati alle competenze del Tribunale, riguardanti minori residenti in un comprensorio periferico della città.

La ricerca si è avviata in forma di intervento partecipato, con l'esame dei fascicoli presenti in Tribunale non solo sotto l'aspetto penale ma anche amministrativo, di volontaria giurisdizione e adozione speciale, il tutto riferito ad un lasso di tempo di quattro anni, dal 1977 al 1980.

Per elaborare i dati emergenti dalla verifica è stata messa a punto una scheda composta da 26 items, la cui compilazione avrebbe consentito di conoscere molti dati riguardanti i minori, la loro storia personale ed i dati fondamentali sul nucleo familiare di appartenenza. L'obiettivo era una visualizzazione dei casi sotto l'aspetto psicologico, sociologico e medico.

Questa scheda, che corrisponde ai canoni deontologici dell'anonimato richiesti dal Tribunale, rispecchia le finalità della ricerca, cioè avere le indispensabili informazioni per consentire una esaustiva conoscenza del minore senza dover ricorrere al metodo della intervista diretta.

Con l'avvento della legge 616 del 1977 è stata attuata la riforma della gestione statale dell'assistenza minorile e questo fatto ha attribuito ai Comuni ciò che prima era di esclusiva competenza del Ministero di Grazia e Giustizia, vale a dire nuove competenze amministrative derivanti dai provvedimenti emessi dai Giudici del Tribunale dei minori ed in particolare:

— l'affidamento del minore ai Servizi Sociali del Comune;

— il collocamento del minore in una Casa di rieducazione o Istituto medico psicopedagogico.

Per legge è prescritta la costante collaborazione tra Tribunale ed operatori sociali dei Servizi locali.

Le mansioni del Giudice, importanti perché deliberative, si svolgono quindi avvalendosi molto delle relazioni presentate dagli Operatori che sono preposti alla verifica diretta del minore e del nucleo; perciò questi accertamenti vengono considerati «come se fossero la verità».

L'esame dei fascicoli ha evidenziato una notevole carenza di dati parziali sia circa i minori che le loro famiglie, provenienti dalle relazioni stese dai Servizi assistenziali.

Limitiamoci qui a considerare il settore amministrativo, cioè quello che il Tribunale affronta con provvedimenti non derivanti da processi (come quando le richieste di intervento giungono al Tribunale minorile da parte di genitori, della Scuola o di cittadini qualsiasi nei confronti di minori che presentano un comportamento scorretto. Di solito viene chiesto al Tribunale che provveda affinché il minore venga allontanato dalla famiglia o dalla scuola o dal quartiere.)

Va detto che ancor oggi ciò che il cittadino si aspetta dal Giudice è un intervento autoritario che emargini definitivamente il minore, colpevolizzandolo per la sua cattiva condotta e liberando nel contempo il richiedente da ogni senso di colpa o impegno.

Le finalità del Giudice minorile non sono così restrittive, ma sono invece volte a chiarire la situazione del minori e ad applicare la legge in senso preventivo e protettivo nei confronti del minore stesso; sovente il Giudice è un competente benemerito in discipline mediche e sociali, per cui tende a dare molto peso alle dinamiche psicosociali dell'ambiente del minore per meglio comprenderne lo stile di vita ed assumere i provvedimenti più adatti.

Per chiarire meglio il contenuto della nostra indagine nel settore amministrativo è stata costruita una tabella riassuntiva accorpante fasce di problemi ricorrenti, relativi al minore ed al suo nucleo familiare, che a giudizio dei ricercatori costituiscono elementi indispensabili per consentire la formulazione di ipotesi circa le metodologie di intervento sociale e sanitario in tema di prevenzione ed assistenza.

Malgrado la incompletezza riscontrata nei rilevamenti, il dato che emerge in maniera macroscopica è l'incidenza delle patologie psichiche sul nucleo familiare con una percentuale dell'80%.

Queste patologie consistono in quello che gergalmente è espresso con ricoveri in strutture psichiatriche, alcoolismo, personalità disturbata, instabilità emotiva, subnormalità.

Altro dato significativo è risultato essere la bassa incidenza delle separazioni dei genitori (22%) che, unito all'altissima percentuale del 91% riguardante la inadeguatezza educativa delle figure parentali, dà un doloroso quadro di ciò che rappresenta per il minore una famiglia «normocostituita».

La tendenza all'alcoolismo delle figure parentali non ha avuto l'accertamento che la pregnanza di questo dato meriterebbe, come pure l'accertamento dell'esistenza di rivalità fraterne che consentirebbe una più approfondita conoscenza del minore e delle sue angosce sotto l'aspetto fenomenologico, dato estrapolato invece da una più generica e scontata visione dei problemi presentati da famiglie numerose di immigrati le quali costituiscono l'86% dei nostri casi.

L'alta percentuale del 72% di ripetenze o abbandono degli studi prima che sia conclusa la scuola dell'obbligo è coerente con la situazione del minore demotivato in tutte le sue aspirazioni.

Sovente gli insuccessi scolastici vengono a confermare quelle che sono le aspettative formulate a priori da molti insegnanti, che si trovano a fronteggiare ragazzi particolarmente bisognosi di appoggio; aspettative che finiscono per innescare a spirale, e quindi favorire, l'insorgenza proprio di quegli atteggiamenti che si temevano di più.

Infine un dato che rispecchia molto le dinamiche del quartiere periferico con caratteristiche di dormitorio è quello che è stato rimarcato come atteggiamento del minore con prevalenza di comportamento da leader di banda (58%) nei confronti di quello di gregario del gruppo (41%).

Quanto sopra esposto deve attirare in modo particolare l'attenzione se il minore è oggetto di provvedimenti, perché formulare giudizi di disadattamento senza tenere conto di questi approfondimenti può rappresentare un rifugio nella minimizzazione.

Negli intendimenti morali con cui nacque nel 1934 il Tribunale per i Minorenni, la figura del Giudice non è inquisitoria o persecutoria, ma di appoggio e di tutela in modo particolare quando esiste uno sfascio familiare che si verifica purtroppo, come si è visto, anche in famiglie formalmente unite.

Quindi si evidenzia vieppiù il bisogno dei Magistrati di fondare le loro decisioni su dati obiettivi e validi e la necessità di rendere funzionante, quindi preventiva, ciò che si intende per moderna sociopsichiatria.

Per esigenze di brevità omettiamo la descrizione dettagliata degli atteggiamenti suscitati da questo intervento negli operatori delle strutture consultoriali, limitandoci a presentare alcune considerazioni che investono una tematica di analisi strutturale.

Da un esame critico dei dati della ricerca e della modalità di risposta degli operatori del consultorio di zona, emergono le seguenti considerazioni:

a) gli operatori: psicologi, neuropsichiatri infantili ed assistenti sociali hanno vissuto con disagio l'intervento dei ricercatori;

b) la proposta di adottare un protocollo uniformato per la raccolta dei dati ha suscitato reazioni di rifiuto, in primo tempo esplicite, e successivamente velate dalla controproposta di studiare altre formulazioni del questionario, peraltro mai portate a realizzazione;

c) la evidenziazione di carenze di informazione oggettiva, sia sulle condizioni della famiglia dei minori sia sullo stato di salute dei ragazzi e dei loro nuclei di provenienza, ha prodotto analoghe reazioni di rifiuto espresse attraverso la negazione della loro importanza;

d) la ipervalutazione, attuata negando l'importanza degli elementi psicopatologici, degli aspetti psicosociali (peraltro insufficientemente indagati) è stata molto intensa;

e) la tautologia circolare instaurata dal fatto di intervenire per conto del Tribunale, che a sua volta adottava i giudizi del consultorio per motivare decisioni in grado di produrre effetti giuridici talvolta assai importanti, si esprimeva al di là dei contenuti dei rapporti informativi del Consultorio e dei tipi di decisione adottati dai giudici che fruivano e tutt'ora fruiscono per sanzionare la validità dei giudizi e dei loro formulatori.

Appare evidente che la ricerca è venuta a turbare il precario equilibrio, accanitamente difeso, di alcune situazioni di potere fittizio.

Le compensazioni ricorrenti nell'ambito esaminato sono prevalentemente orientate nella direzione della volontà di potenza e dei sentimenti di colpa.

In questo quadro le stesse carenze strutturali dei servizi socio assistenziali finiscono per passare in secondo piano rispetto al bisogno di sentirsi comunque approvati con la garanzia che non si aprano momenti di analisi critica, sempre vissuti persecutoriamente.

Le carenze strutturali contribuiscono ovviamente a nutrire lo stile di vita nevrotico dell'insieme. Gli operatori tendono a sottrarsi all'ansia collegata ad una condizione di impotenza reale (derivante dalla carenza delle strutture) identificandosi nella istituzione, come se questa fosse davvero onnipotente rispetto ai propri compiti.

Ciò impedisce ai medesimi di avviare un processo critico realistico, che tenga conto del contesto in cui sono inseriti, poiché, per sostenere il meccanismo di difesa adottato, debbono costantemente rafforzarlo.

È questo un quadro esemplare di controfinzione fittizia rafforzata messo in atto da un gruppo che si trova a lavorare in condizioni di disagio reale, e che non riesce però a chiarire la portata della sua reale inferiorità rispetto ai compiti che gli vengono affidati da un'altra istituzione: il Tribunale minorile.

La conclusione della ricerca non ha avuto, almeno in apparenza, alcun seguito dinamico all'interno del Consultorio, mentre ha suscitato un certo interessamento nei Giudici, che non hanno manifestato, di fronte alle carenti motivazioni dei loro provvedimenti, segni di disagio cosí intensi

come quelli vissuti dagli operatori del Consultorio. Ciò può essere messo in relazione alla diversa estrazione culturale dei Giudici, i quali sanno (ed accettano) che i loro provvedimenti possono essere appellati e modificati, e degli operatori sociali, per i quali una simile procedura rappresenterebbe causa di profonde angosce.

Possiamo qui vedere uno dei tanti esempi di rapporto tra istituzioni, in cui la più forte (il Tribunale) si appoggia alla più fragile.

BIBLIOGRAFIA

ADLER A.: « Psicologia Individuale e conoscenza dell'uomo », Newton Compton, Roma, 1975.

BANDINI-GATTI: « Delinquenza giovanile », Giuffrè.

CAPLAN N., NELSON D.S.: « Il disadattamento: chi si deve accusare », Riv. Psicologia Contemporanea, Giunti-Barbera, luglio-agosto 1979.

CASTELLO F.: « Problemi criminologici dei fenomeni migratori. Ricerche sul disadattamento scolastico », Estr. da Rass. di Criminologia, vol. III, n. 1, 1972.

CASTELLO F.: « Proposta metodologica per l'avvio di una modalità di analisi istituzionale in termini adleriani », Rivista di Psciologia Individuale, anno 6, n. 9, 1978.

MONTEVERDE L.: « Relazione sull'attività del Tribunale per i minorenni di Genova nel periodo 30 giugno 1979 - 30 giugno 1980 ».

MONTEVERDE L.: « Disadattamento minorile: nuovi compiti dei Comuni ».

« Che fare nei confronti del disadattamento minorile. Fine del sistema rieducativo? »

« Adozione speciale: progetti di riforma e ruolo del giudice. »

« Appunti sul tema della riforma delle strutture giudiziarie minorili: fine dei tribunali per i minorenni? »

« Ruolo degli Enti locali ed in particolare dei Comuni nella lotta contro la criminalità: le misure applicabili ai minori "irregolari" per condotta e per carattere. »

Relazione sulla riunione tenutasi a Roma dei Giudici di sorveglianza dei Tribunali per i minorenni convocata dal Consiglio Superiore della Magistratura del 6 dicembre 1978.

DOGLIOTTI-MONTEVERDE: « L'adozione speciale: quale riforma? ».

DOGLIOTTI-GHIARA-MONTEVERDE: « Il ruolo del Giudice minorile ».

GHIARA-MONTEVERDE: Documentazione statistica relativa alla criminalità minorile in Liguria.

(Tutti estratti da atti e riviste consultabili presso il Tribunale per i minorenni di Genova.)

PARENTI-PAGANI: « La volontà di potenza delle struttura come fattore di disturbo per le finalità etiche della psicoterapia », Comunicazione al Convegno autunnale della Società Italiana di Psicoterapia Medica, Firenze, 8-9 novembre 1980.

PISAPIA G.V.: « Contributo ad una analisi socio-criminologica della devianza », Cedam, Padova.

MARCELLO NEGRO

TRATTAMENTO PSICOLOGICO DI UN PREADOLESCENTE SECONDO LA LINEA ADLERIANA

PRESENTAZIONE

G.R. è un ragazzo di 12 anni; vive in una città industriale del Nord con i genitori e la sorella maggiore; frequenta la prima media.

La famiglia appartiene alla piccola borghesia ed ha una cultura media: L'abitazione, un alloggio condominiale in proprietà, è confortevole; il ragazzo dispone di una camera propria.

Il padre è impiegato, la madre casalinga e la sorella studentessa all'Istituto Magistrale con discreti risultati. La sorella è un po' la preferita del padre; frequenti gli episodi di rivalità tra i due figli. Non emergono conflittualità particolari fra i genitori; sembra prevalere la routine.

Non si rilevano patologie mentali e neurologiche in ascendenti e collaterali.

Il ragazzo, affetto da epilessia e con ritardo intellettivo, viene condotto per un trattamento psicologico dai genitori, preoccupati per le difficoltà scolastiche, per la mancanza di interessi e per il futuro del figlio.

La madre si dice fiduciosa in un «recupero» del figlio. Ansiosa e apprensiva, presenta nei confronti del ragazzo un atteggiamento iperprotettivo, che ella giustifica con il timore che si approfitti di lui. Dietro tale difesa, che a volte assume caratteristiche proiettive e che finisce per sottolineare la «debolezza» del figlio, si coglie una posizione ambivalente e una dinamica riparatoria autorassicurante.

Il padre si mostra invece quasi rassegnato e piuttosto scettico circa la possibilità di ottenere dei risultati da questo figlio, vissuto inconsciamente come delusione e macchia che colpisce la sua volontà di potenza.

DATI ANAMNESTICI

Dall'anamnesi, raccolta con la madre, emergono in sintesi i seguenti dati significativi:

Figlio cercato. Gravidanza normale, ma post-maturanza, con ittero nucleare. Allattamento materno. Difficoltà allo svezzamento, pur graduale, ai 7 mesi; tuttora il ragazzo rifiuta ogni piatto nuovo.

Primi passi a 1à mesi.

Prime parole a 33 mesi (ritardo del linguaggio).

Controllo degli sfinteri, a detta della madre, entro il primo anno.

Sonno: molto disturbato fino a 18 mesi (da possibile irritabilità neurogena). La madre non ricorda episodi di pavor nocturnus.

Gioco: nei primi 3-4 anni non giocava quasi mai, né da solo, né con altri bambini.

Stile educativo familiare: di tipo permissivo, specialmente da parte della madre.

Abitudini e carattere: il ragazzo non esce quasi mai di casa se non per recarsi a scuola, sempre comunque accompagnato. In casa passa pressoché tutto il tempo sdraiato davanti al televisore e manifesta una mancanza di interessi quasi totale. Viene descritto dalla madre come un ragazzo facilmente socievole, mai triste, abbastanza generoso e affettuoso, ma anche ostinato, che non tollera di essere contrariato, «nervoso», geloso della sorella e spesso oppositivo con il padre.

Scuola Materna, a 4 anni: ben accettata, pare senza difficoltà di socializzazione.

Scuola Elementare, a 6 anni: discreta integrazione con i compagni; buon rapporto con l'insegnante; grave difficoltà di apprendimento; ha ripetuto la terza classe.

Scuola Media: frequenta il primo anno. Sempre discreto il livello di socializzazione; qualche difficoltà con alcuni professori che, da parte loro, si mostrano aperti e comprensivi; lo segue in particolare l'insegnante di sostegno. Continua a mancare il profitto: legge e scrive in modo, direi, approssimativo ed è incerto nel conteggio fino a venti.

Malattie dell'infanzia: superato normalmente il morbillo a tre anni, durante la pertosse, a quattro anni e mezzo, manifestò una crisi convulsiva. Ricoverato presso la Clinica Pediatrica della città, fu posta diagnosi di epilessia e prescritta la terapia del caso. Due tentativi di sospendere o ridurre tale terapia, rispettivamente a sei e a undici anni, segnarono la comparsa di una nuova crisi di Grande Male nel primo caso e di fastidiosi disturbi equivalenti nel secondo; all'inizio del trattamento seguiva perciò ancora una non lieve terapia antiepilettica.

ELEMENTI PSICODIAGNOSTICI

Il momento psicodiagnostico occupa i primi 7-8 colloqui e si avvale del metodo dell'osservazione e dell'applicazione di tests, alternati ai discorsi spontanei del ragazzo.

L'insieme dei tests proiettivi usati (Favole della Düss, test dell'Albero, di Machover, disegno della Famiglia, T.A.T.) propone quali tratti ricorrenti: tendenze regressive, scarse capacità organizzative-intellettive ed emotive, valenze aggressivo-oppositive secondo la linea passiva, tendenza al rifiuto e a condotte di evitamento, scarsa strutturazione dello schema corporeo, notevole insicurezza, forte desiderio di affermazione e capacità-ricer-

ca di rapporto sociale. Non emergono tendenze depressive o elementi dissociativi.

Le prove di intelligenza, secondo il metodo Parenti-Pagani, danno una età mentale intorno ai 6-7 anni. Particolarmente insufficienti le prestazioni alle prove implicanti capacità logiche aritmetiche.

Lo stile di vita del ragazzo è caratterizzato da un desiderio regressivo di mantenersi in un ruolo infantile, in un mondo in cui i genitori, e gli altri in genere, siano al servizio dei suoi bisogni e desideri. Alle richieste che gli vengono dall'ambiente non si oppone apertamente, ma in modo passivo, evitandole, meglio ignorandole.

Egli cerca di compensare il suo profondo sentimento d'inferiorità soprattutto rifugiandosi in una posizione passivo-recettiva e utilizzando, appena gli è possibile, le sue insufficienze per ottenere il benvolere altrui ed evitarne le richieste. Non mancano tuttavia tentativi di compenso più positivi attraverso la ricerca di affermazione in campi ristretti a lui più congeniali.

TRATTAMENTO

Venne elaborato un piano di lavoro a piccole tappe, con lo scopo di aiutare il ragazzo a proporsi e raggiungere livelli di sempre maggiore autonomia, con tre ambiti di intervento:

1) Nel trattamento in senso stretto. Ci si proponeva di stabilire un clima di accettazione e di fiducia, di valorizzare le linee affermative, integrate socialmente, già presenti, di allargare gradatamente il campo di interessi e di incoraggiarlo verso piccole conquiste di indipendenza a orizzonte via via più ampio: a) rispetto al proprio corpo (lavarsi da solo, tagliarsi la carne a tavola, ecc.); b) nell'ambito familiare (tenere in ordine la propria camera, prepararsi la colazione, ecc.); c) a livello extrafamiliare (recarsi a scuola da solo, visitare qualche amico vicino, ecc.).

2) Nell'ambiente familiare. Attraverso i colloqui con i genitori si raggiunse una soddisfacente collaborazione: il padre, ad esempio, fu d'accordo ad occuparsi maggiormente del figlio, portandolo con sé a partite, spese, mostre ecc.; la madre accettò, seppur con una certa fatica, di non dare al ragazzo certe prestazioni elementari (cfr. gli esempi al punto precedente). Lo stile educativo suggerito era basato su un equilibrio tra affettività e fermezza.

3) Nella Scuola. Vennero presi contatti con gli insegnanti e concordati 1-4 incontri annuali, che durano tuttora, durante i quali si fa un bilancio del lavoro svolto e si elabora un programma individuale che viene sottoposto a verifica nell'incontro successivo.

Grazie ai continui contatti nell'ambito di un Centro Studi a indirizzo adleriano (1), lo psicologo, con i colleghi e sotto la guida di un abile

---

(1) Si tratta del Centro Studi di Psicologia Applicata di Torino, costituito, con finalità auto ed etero-formative, da un gruppo di psicologi adleriani, alcuni dei quali relatori in questo stesso Congresso. A loro va un ringraziamento per la collaborazione davvero fraterna che mi hanno prestato e continuano ad offrire.

analista S.I.P.I., ha potuto trarre grande giovamento da incontri impostati in chiave analitica e interpretativa rispetto ai casi.

Per quanto riguarda le tecniche impiegate, si è proceduto con «libertà», avvalendosi di strumenti nel contempo anche piuttosto semplici, quali:

— lasciare esprimere il ragazzo sempre più spontaneamente per favorire il suo sentirsi accettato e valorizzato;
— proporgli interessi affini a quelli già presenti;
— miglioramento della conoscenza del proprio corpo;
— lettura di fiabe e racconti, seguita dal commento e dalla rappresentazione grafica attraverso la composizione di facili puzzles che li illustrano;
— uso di giochi, tipo «Paroliamo»;
— insegnamento del valore delle monete in corso;
— ricostruzione sulla piantina della città dei tragitti dei mezzi di trasporto pubblico;
— qualche commento su alcuni avvenimenti d'attualità.

Venivano inoltre incoraggiati i comportamenti, sopra accennati, rivolti a occuparsi di sé, della casa, degli amici, fino alla partecipazione a iniziative cittadine di larga popolarità. Da qualche tempo il soggetto ha cominciato a interessarsi ai rapporti con l'altro sesso e alla scelta di un lavoro alla fine del ciclo dell'obbligo scolastico.

CONCLUSIONI

La modificazione delle linee educative e affettive familiari ha diminuito nel ragazzo la conflittualità con il padre e la sorella e la dipendenza dalla madre. Attualmente, a distanza di 18 mesi, non solo non viene più accompagnato a scuola — e ci tiene! —, ma si presenta da solo ai colloqui, benché il tragitto comporti un cambio di autobus; a volte organizza un pomeriggio in piscina con gli amici; aiuta il padre in facili lavoretti di casa.

A scuola non ha fatto grandi progressi nell'apprendimento, ma i tempi di attenzione si sono allungati, i ragionamenti sono più legati fra loro, i racconti più intelligibili; decisamente migliorato è l'orientamento spazio-temporale; e ora, soprattutto, vuole avere un suo lavoro da svolgere, che lo impegni quanto gli altri.

Lo stile di vita infatti ha segnato un superamento della posizione astensionista per lasciare il posto a un atteggiamento di ricerca attiva di affermazione con mezzi propri e non più a spese degli altri.

L'appoggio psicologico e l'acquisizione di una maggiore fiducia in se stesso hanno senza dubbio favorito la possibilità di ritentare — e questa volta con successo — la riduzione della terapia antiepilettica.

A sua volta, da tale riduzione, vissuta come incoraggiamento, non solo hanno tratto beneficio il linguaggio e la metricità, divenuti più sciolti e coordinati, ma si sono arricchite anche la mimica e l'espressione emotiva.

Ciò, unito al contemporaneo rapido sviluppo fisico e al miglioramento dell'aspetto, ottenuto con una montatura degli occhiali più agile, la cura della dentatura e un taglio di capelli più adatto, lo ha trasformato in un ragazzino assai più simpatico e gradevole.

Il proseguimento della terapia ha ora, più che altro, un significato di consolidamento dei risultati acquisiti e di orientamento rispetto alle scelte che seguiranno la conclusione del ciclo scolastico obbligatorio.

Ovviamente, il ragazzo continua la terapia antiepilettica; permangono la disartria e la vischiosità e, sul piano intellettivo, ben difficilmente il soggetto potrà andare oltre il livello operatorio di Piaget. Mi pare tuttavia che si sia avviato un processo di maturazione, tale da metterlo in grado sia di affrontare la vita quotidiana e, in futuro, il mondo del lavoro, sia di stabilire rapporti umani soddisfacenti, in accordo con gli scopi fondamentali che la linea adleriana persegue.

BIBLIOGRAFIA

ADLER A.: « Il temperamento nervoso », Newton Compton, Roma, 1971.
« Prassi e teoria della Psicologia Individuale », Newton Compton, Roma, 1970.
« Psicologia Individuale e conoscenza dell'uomo », Newton Compton, Roma, 1975.
« Cos'è la Psicologia Individuale », Newton Compton, Roma, 1976.
« Psicologia del bambino difficile », Newton Compton, Roma, 1973.
« Psicologia dell'educazione », Newton Compton, Roma, 1975.
« La Psicologia Individuale nella Scuola », Newton Compton, Roma, 1979.

ARIETI S.: « Manuale di Psichiatria », Boringhieri, Torino, 1979.

BANCAUD J.: « Epilepsies », in Encyclopédie Médico-Chirurgicale: Neurologie, vol. II, Editions Techniques, Paris (aggiorn. 1976).

BERGAMINI L.: « Manuale di Neurologia Clinica », Cortina, Torino, 1975.

DEL CARLO GIANNINI G., MARCHESCHI M., PFANNER P.: « Dispense di Neuropsichiatria Infantile », Quaderni dell'Istituto Medico Pedagogico « Stella Maris », Pisa, 1971.

FREUD A.: « Normalità e Patologia del bambino », Feltrinelli, Milano, 1971.

JERVIS G.: « Manuale critico di Psichiatria », Feltrinelli, Milano, 1978.

PARENTI F. e Coll.: « Dizionario ragionato di Psicologia Individuale, Milano, 1975.

PARENTI F., PAGANI P.L.: « Manuale per l'esame psicologico del bambino e dell'adolescente », Hoepli, Milano, 1971.

PIAGET J.: « Lo sviluppo mentale del bambino », Einaudi, Torino, 1967.

Danilo Giordano - Lucia Spada Curto

SOVRACOMPENSAZIONE DI UN HANDICAP. INSORGENZA DI SENTIMENTI DI INFERIORITÀ E INADEGUATEZZA DOPO LA GUARIGIONE

D.U. è un bambino di 9 anni sottoposto recentemente a intervento chirurgico per lussazione bilaterale del cristallino; la diagnosi era stata fatta all'età di due anni e mezzo.

Nel periodo di tempo fra la diagnosi e l'età adatta all'intervento (8-9 anni), l'ambiente si adoperò per creare una «realtà» compensativa. Sia a scuola che in palestra, in piscina e sui campi di sci, fu «organizzato» un sistema sovraprotettivo per cui il bambino non solo veniva sollecitato a praticare un numero inconsueto di attività sportive, ma con accorgimenti particolari veniva sospinto alla competizione che lo vedeva vittorioso. Cosicché, oltre a praticare sport impegnativi per la giovane età e per la vista, quali il tennis e lo sci, il bambino giungeva a vincere ben 22 coppe in gare di sci con l'espediente del maestro «apripiste» che egli poteva seguire a brevissima distanza, secondo un accordo generale fra genitori, maestro di sci e altri concorrenti. Egualmente, a scuola l'insegnante si prestava a particolari accorgimenti e sensibilizzava i compagni: ad esempio essi raccoglievano oggetti caduti dal banco di D.U. senza farsene accorgere e, in genere, erano addestrati a comportarsi in modo che il bambino non avesse a rilevare differenze di sorta.

Il risultato fu che D.U. dai 4 agli 8 anni crebbe in un'atmosfera falsata, tesa allo scopo di farlo risultare «normale», costantemente a suo agio, e primeggiare, eliminando le frustrazioni, comprese quelle che, facendo parte della vita quotidiana di ogni bambino, hanno un effetto favorevole sullo sviluppo della personalità. Ne conseguì una inadeguatezza sia nella strutturazione del sé, sia nella consapevolezza e valutazione dell'handicap.

L'intervento chirurgico venne atteso in un ambiente estremamente ansioso poiché la vista era peggiorata per l'insorgere di una cataratta e i numerosi specialisti, in diversi paesi d'Europa, enunciavano percentuali di guarigione non sempre confortanti; e vissuto dal gruppo familiare con aspettative miracolistiche. Secondo i genitori ne sarebbe conseguita una «normalizzazione» fisica definitiva, che si sarebbe affiancata a una normalità psicologica che essi, peraltro, ritenevano già presente.

Dopo l'intervento il bambino manifestò subito un comportamento diretto a comprovare a se stesso e agli altri le capacità visive più minute; a un anno di distanza dall'intervento, quando egli venne alla nostra os-

servazione, tale comportamento aveva assunto caratteristiche coatte, come risulta dall'indagine psicologica sotto riferita.

Il vissuto di superiorità e l'atteggiamento competitivo «fabbricato» nella precedente realtà venivano trasferiti nel campo visivo, dove D.U. incontrava tuttora inevitabilmente delle difficoltà e dove soprattutto non riusciva certo a primeggiare. Si sviluppavano così sentimenti di inadeguatezza e inferiorità proprio quando avrebbe dovuto essere «guarito».

Il bambino è stato portato all'osservazione dello psicologo per disadattamento e difficoltà scolastiche. Alle prove psicodiagnostiche mostrava un comportamento ossessivo-perfezionistico tale da ridurre le possibilità di proiezione. Ad esempio i disegni venivano eseguiti dopo mille esitazioni o rifiuti e gli oggetti rappresentati venivano colorati solo se sufficientemente grandi nel timore che il colore potesse debordare.

Allo Sceno-test la preoccupazione prevalente era quella di mostrare la propria abilità nel sistemare i blocchetti di legno, i più piccoli, uno sull'altro, fino al limite dell'equilibrio possibile, e nel far passare il trenino fra una serie di curve e ostacoli molto ravvicinati.

Al TAT, anziché produrre interpretazioni, la sua unica attività era quella di rintracciare le figure più minute e associarle a oggetti ben noti della sua casa per evidenziarne dettagliatamente la somiglianza.

Ai colloqui esponeva poi con chiarezza il suo vissuto, che così si può riassumere: «la situazione così come è ora non mi interessa più» (demotivazione per la scuola dove non può più primeggiare). «Ora non sono così sicuro di vedere e devo continuamente verificare le mie capacità» (ciò che accadeva continuamente). «Le attività che mi si prospettano, tanto le vecchie come eventuali nuove, mi trovano disinteressato e so già che non riuscirò».

L'intervento ha dunque modificato l'immagine che il bambino aveva di sé, rendendolo consapevole della menomazione visiva proprio quando il visus si è avvicinato alla normalità.

A ciò va aggiunto che i genitori, delusi nelle loro aspettative, ora non sovraproteggevano più il figlio: essi avevano fatto «tutto» per raggiungere la normalità.

Alle speranze dei genitori che si erano prefigurati una normalità fisica acquisita, capace di affiancarsi a una normalità psichica da loro «preservata», si contrappone il vissuto del soggetto che solo adesso si percepisce handicappato e, oltre tutto, senza aiuto. D.U. vive ora nel conflitto fra la sua identità abituale, che implica un impegno autonomo e frustrante, e la identità del passato che, pur limitante ma non percepita come tale, implicava successi e gratificazioni.

In conclusione: una «realtà» artificiosa costruita come compensazione all'handicap, aveva favorito la strutturazione di una buona autostima e permesso lo svolgimento di attività adeguate e gratificanti; quando subentrò l'eliminazione dell'handicap, vennero a cadere tutti i costrutti compensativi, per cui il soggetto si trovò ad affrontare un ambiente completamente diverso e a verificare insuccessi; sorsero dubbi sulle proprie ca-

pacità, dubbi sulla propria vista, e l'ambiente venne percepito come ostile.

Allorché esisteva l'handicap grave, il comportamento dell'ambiente lo aveva messo in condizioni sovracompensative ed egli non percepiva alcuna inferiorità. Adesso, quando l'ambiente si aspetta l'adattamento a una situazione «normale», il bambino vive la sua improvvisa inferiorità senza alcuna capacità compensativa autonoma: diventa così rinunciatario e demotivato, rifiuta la scuola come luogo di competizione in cui la sua inferiorità emerge continuamente senza che egli possa difendersi e senza che gli adulti provvedano a restituirgli la fiducia di un tempo.

Francesca Di Summa - Franca Poma

ORIENTAMENTO SCOLASTICO E PROFESSIONALE COME SOSTEGNO E RISPETTO DELLO STILE DI VITA DELLO STUDENTE

L'Orientamento Scolastico e Professionale si trova già da alcuni anni al centro di un dibattito che coinvolge una vasta fascia di personale e organizzazioni scolastiche ed extrascolastiche. Fino a pochi anni fa, era considerato essenzialmente un momento di informazione per il fanciullo che, al termine della Scuola Media, si trovava di fronte alla sua prima scelta importante, da cui sarebbe dipeso in larga misura il suo futuro.

In una fase così delicata, alla scuola in primis è fatto carico di preparare gli studenti a scegliere nel modo migliore la via da intraprendere; ma gli interventi che ancor oggi vengono espletati in questo campo dagli insegnanti, si risolvono per lo più in aride conferenze che hanno per oggetto la descrizione di scuole superiori o del mercato del lavoro (artigianato, industria ecc.).

Inoltre il problema dell'Orientamento viene generalmente affrontato con grave ritardo negli ultimi mesi che concludono il ciclo della Scuola dell'obbligo. Ogni anno, nel periodo primaverile, si assiste alla oramai consueta quanto dissennata rincorsa dei docenti tutti protesi nella ricerca di dimostrare che qualche cosa si è fatto: i nostri ragazzi, per altro assolutamente impreparati, si vedono calare addosso una miniera di informazioni, elenchi, dati difficili da interpretare e soprattutto finalizzati non già all'arricchimento professionale, bensí alla mera soddisfazione di quanto disposto dal ministero della Pubblica Istruzione.

Gli insegnanti di scuola media si trovano ad operare con ragazzi il cui stile di vita è già delineato: è compito dei professori coglierlo e proprio in quanto, come affermava Adler, «longa manus dei genitori», sviluppare le potenzialità non ancora espresse e correggere quegli errori che potrebbero bloccare la reale espressione delle capacità. La scuola, nel formulare un piano di O.S. e P. deve quindi partire dallo studente, dalla conoscenza e rispetto delle caratteristiche individuali, ma deve anche educare e sostenere gli alunni lungo quella via di crescita umana che li porterà al passaggio dall'individuale al sociale, aprendoli alla cooperazione, al potenziamento di quel sentimento sociale che, come ci insegna Adler, è il fondamento principale di una felice realizzazione nel lavoro, nell'amicizia e nell'amore.

«Noi dobbiamo trovare insegnanti che sappiano educare i bambini non

solo a guadagnare denaro, ma a lavorare in modi che vadano a vantaggio dell'umanità. Essi devono sentire l'importanza di questo compito e debbono essere preparati ad adempierlo.»

Se molti insegnanti sentono l'importanza di questo compito, ben pochi sono preparati ad adempierlo: ancor oggi l'aggiornamento dei docenti avviene seguendo direttive tradizionali che hanno l'apparente vantaggio di avere una valenza rassicuratoria, in quanto si propongono come momento di concretezza rispetto ad altri tipi di intervento che sono profondamente più problematici.

Nell'ambito di un recente corso di formazione per dirigenti di scuole materne, facendo riferimento a quello che è il ruolo caratteristico dell'insegnante di ogni ordine e grado, si sottolineava come il privilegiare, nei corsi di aggiornamento, le tematiche specifiche rispetto ad una più ampia, moderna impostazione lavorativa, altro non fosse che il cedere supinamente di fronte ai meccanismi di difesa ed alla incalzante insicurezza del docente stesso.

L'insegnante, da gestore della classe, dovrà mettersi al servizio dell'alunno, da valutatore dovrà divenire evidenziatore di risorse: questa situazione, che presuppone totale disponibilità a mettersi in discussione, produce inevitabilmente ansia e frantuma le pseudo-sicurezza che la gestione didattica tradizionale consentiva ai docenti.

In un'ottica di questo tipo diventa fondamentale la collaborazione insegnante-psicologo, per la preparazione degli interventi educativi e per il supporto — non solo tecnico, ma effettivamente operativo — che lo psicologo può fornire.

Questa nuova impostazione, confermata in Italia dal passaggio di gestione dell'O. dal Ministero del Lavoro a quello della Pubblica Istruzione, intende l'O. come processo formativo da attuarsi all'interno della scuola, non come intervento meramente psicotecnico delegato allo psicologo esterno alla situazione scolastica, ma come processo formativo in cui siano coinvolte le componenti sia scolastiche che familiari, per l'elaborazione di un intervento puerocentrato.

Nel programma elaborato da una équipe del Centro Studi di Psicologia Applicata di Torino, per alcune scuole medie della città, si è inteso intervenire con una metodologia adleriana, ponendo come punto centrale dell'intervento la comprensione dello stile di vita dello studente, lo sviluppo di potenziali attitudini e la correzione di atteggiamenti che allontanano il ragazzo dall'obiettivo primario che è la cooperazione. Si è richiesto, alle maestre dell'ultima classe delle elementari, la compilazione di un questionario per la raccolta di una vasta gamma di dati sullo stile di vita di ogni singolo alunno; detti questionari sono stati poi utilizzati per la formazione delle classi e inoltre per elaborare programmi specifici cercando di coinvolgere i genitori degli alunni nel processo educativo scolastico da cui spesso o vengono esclusi o si escludono.

Il piano di lavoro concordato con gli insegnanti mira a mantenere i contatti con gli studenti licenziati al termine del triennio per utilizzarne

le esperienze all'interno della scuola.

Le scuole medie in cui abbiamo lavorato accolgono una popolazione studentesca proveniente per la maggioranza da un livello socio-economico inferiore, in cui le famiglie e lo stesso tessuto microsociale del quartiere offrono ben poche prospettive di realizzazione autonoma e creativa degli adolescenti.

L'impossibilità per questi studenti, proprio per motivi di ordine socio-economico legati al nucleo familiare, di operare una reale scelta vuoi nell'iter scolastico da proseguire, vuoi per quanto attiene una attività lavorativa, spinge a concentrare l'attenzione dei professori e dell'équipe essenzialmente sullo sviluppo dell'attitudine alla cooperazione. Il clima affettivo, in cui i ragazzi di queste zone crescono e vengono educati, è improntato soprattutto alla competitività, spesso alla sopraffazione dei più deboli. La scuola può rappresentare l'ambiente privilegiato in cui correggere queste tendenze, se riesce a superare i vecchi schemi didattici che richiedono solo prestazioni individuali e che non permettono agli studenti di essere parte attiva al loro processo educativo.

Oltre agli interventi di appoggio agli insegnanti, l'équipe ha svolto un ruolo di mediazione tra le famiglie e i ragazzi, con colloqui chiarificatori e di sostegno, laddove le dinamiche familiari non permettevano la libera espressione delle aspirazioni del fanciullo.

In particolare si è insistito nelle situazioni in cui la scelta del futuro professionale dello studente corrispondeva unicamente alle proiezioni fantasmatiche dei genitori, al loro desiderio di rivalsa sociale o, al contrario, quando corrispondevano ad una acritica e passiva accettazione del ruolo subalterno vissuto come unico destino possibile. In momenti successivi sono stati utilizzati colloqui individuali, laddove particolari elementi ci hanno spinto a dedicare maggiori attenzioni a certi casi: in queste situazioni di rapporto privilegiato, ci è permesso di entrare meglio in rapporto con i problemi del fanciullo e di utilizzare la stima accordataci per affrontare insieme quegli aspetti insoluti o non chiariti che funzoinano da deterrente per l'armonico sviluppo della personalità. Spesso tali aspetti emergono nel comportamento sotto forma di tics, di disadattamento scolastico o, in forme più gravi, nella devianza. In queste situazioni la comunicazione studente-insegnante diventa difficile: l'insegnante non possiede (se non in rari casi) gli strumenti di interpretazione, e finisce per emarginare il ragazzo-problema rifiutandolo in blocco.

Nel colloquio individuale, la situazione di particolare attenzione che un adulto importante come lo psicologo dedica all'alunno facilita la comunicazione e l'apertura del ragazzo, e lo conduce verso l'accettazione di altri punti di vista nel corso di una conversazinoe amichevole in cui non lo si rimprovera dei propri errori, ma gli si offrono possibili alternative per la soluzione dei suoi problemi. In ultima analisi, poiché è delegato alla scuola il difficile compito di orientare i ragazzi e prepararli al futuro inserimento sociale, non ci resta che auspicare una sempre maggiore attenzione ed un più accurato impegno di tutti gli operatori della scuola nella

conoscenza e comprensione degli studenti, poiché a questi presupposti è intimamente connessa la possibilità di riuscita di ogni intervento che si prefigga, nel rispetto della personalità dell'individuo, lo sviluppo dell'uomo nuovo di domani.

★ ★ ★

BIBLIOGRAFIA

ADLER A.: « Cos'è la Psicologia Individuale », Newton Compton, Roma, 1976.

ADLER A.: « Psicologia del bambino difficile », Newton Compton, Roma, 1973.

ADLER A.: « Il temperamento nervoso », Newton Compton, Roma, 1971.

PAOLA DI NATALE - BRUNO VIDOTTO

ASPETTI PSICOLOGICI IN PRESENZA DI DISGRAFIE E DISORTOGRAFIE

Questo lavoro prende spunto dall'attività concreta sperimentata durante l'anno scolastico 1980-81 nella scuola media statale G. Verga di Torino; tale sperimentazione è stata attuata da una équipe psico-sociale, coordinata dalla dottoressa Di Summa, che si ispira a una prassi di orientamento adleriano.

Pur tenendo nella dovuta considerazione gli studi effettuati a livello percettivo, rieducativo, neurologico ecc. e traendovi preziosi spunti operativi, vorremmo portare un piccolo contributo, soprattutto per quanto concerne la dinamica psicologica sottesa ai disturbi di tipo dislessico, disgrafico e disortografico.

La scuola, in cui tale ricerca sperimentale è stata svolta, appartiene a un quartiere di tipo prevalentemente proletario e sottoproletario di Torino (centro storico), la cui popolazione, con netta prevalenza di nuclei familiari immigrati dal Sud Italia, risulta per lo più scarsamente scolarizzata.

L'idea di questa sperimentazione con bambini affetti da disturbi di tipo dislessico, disgrafico e disortografico è nata da precise richieste ed esigenze degli insegnanti i quali, già in anni precedenti, avevano rilevato, insieme con l'équipe, la presenza di tali problematiche all'interno della scuola.

La collaborazione di tre insegnanti d'appoggio, la cui attività all'interno della scuola era finalizzata al recupero di allievi handicappati, ha reso possibile l'attuazione, in via sperimentale, di tre gruppi omogenei, due composti da soggetti di sesso maschile e uno da soggetti di sesso femminile.

Tali gruppi, in cui erano inseriti tre ragazzi con handicap riconosciuto dalle strutture socio-sanitarie del quartiere insieme con allievi che presentavano difficoltà di apprendimento inerenti lettura, scrittura e calcolo, erano composti ciascuno di quattro allievi per consentire un rapporto sufficientemente individualizzato con gli insegnanti e per evitare che gruppi troppo numerosi rendessero inefficaci le azioni tecnico-pedagogiche.

Dopo il lavoro preliminare psicometrico e psicodiagnostico (tests psicometrici, proiettivi e specifici relativi a lettura, scrittura e calcolo) eseguito dagli operatori dell'équipe, è stato fornito agli insegnanti d'appoggio e ai Consigli di Classe un profilo psicologico dettagliato relativo a ogni alunno inserito nei gruppi; è stato inoltre concordato un piano di lavoro comune con i Consigli di Classe interessati.

Nella fase iniziale del lavoro sono emerse, da parte degli insegnanti, ansie relative a ciò che si stava compiendo: svolgimento dell'opera psicologica e sua utilità erano oggetto di discussione e di dubbi. Ciò risulta imputabile, in larga misura, alla formazione universitaria, la cui insufficienza e inadeguatezza si esprimono in carenze a livello di:

1) conoscenza dello sviluppo psicologico del bambino e utilizzazione di tecniche pedagogiche (soprattutto nel contesto della scuola media inferiore e superiore);

2) «abitudine» al lavoro con materiale concreto.

Non meno rilevante appare la tendenza degli insegnanti stessi, in generale, a delegare agli esperti la gestione dei disturbi di ragazzi-problema; in ultima analisi, emerge la tendenza, ancora profondamente radicata, a valutare il «risultato» scolastico in base al profitto e alla disciplina.

Per l'intera durata del lavoro, gli incontri con gli insegnanti d'appoggio si sono concretizzati in riunioni settimanali della durata di circa un'ora, con la collaborazione degli operatori dell'équipe.

Tali riunioni erano finalizzate, oltre che a fornire indicazioni concrete (dal materiale al tipo di esercizi, il tutto in relazione al livello di apprendimento e alle problematiche dei ragazzi stessi), a ridurre tensioni, ansietà e sentimenti di inadeguatezza degli insegnanti.

Molti dei casi seguiti presentavano caratteristiche comportamentali simili; uno soltanto di tali soggetti è risultato effettivamente insufficiente da un punto di vista intellettivo.

Molti «errori» di lettura e scrittura sono risultati imputabili anche a una radicata abitudine, sia nel contesto familiare che in quello esterno, all'uso di dialetti (in prevalenza dialetti dell'Italia Meridionale).

L'esperimento è stato accettato di buon grado dai soggetti, vuoi per la novità delle tecniche concrete di insegnamento, vuoi per il taglio «ludico» che vi veniva ravvisato; inoltre il progressivo stabilirsi di un rapporto affettivo/positivo con gli insegnanti d'appoggio ha reso possibile un coinvolgimento nelle attività di apprendimento e un impegno concreto da parte dei ragazzi, facendo vivere agli stessi l'esperienza del piccolo gruppo in termini di rapporto privilegiato valorizzante e affettivamente arricchente.

L'acquisizione progressiva di concetti base quali «destra-sinistra, sopra-sotto, dentro-fuori...» ha gradualmente diminuito le forme di ansietà e i sentimenti di inferiorità relativi all'immagine di sé, all'autostima e al confronto col gruppo classe.

VALUTAZIONE INTERPRETATIVA

Vogliamo sottolineare, attraverso l'esperienza presentata, come aspetti esclusivamente psicologici e relazionali influiscano sull'acquisizione della lettura, della scrittura e del calcolo.

Spesso le carenze affettive rilevate in famiglia vengono ulteriormente rafforzate nella e dalla struttura scolastica.

All'allievo vengono richieste prestazioni inadeguate alle sue capacità, sia a livello di profitto, sia a livello di comportamento (disciplina, capacità di autocontrollo e adeguamento a certe regole sociali). Ovviamente il soggetto, di fronte a tali richieste, si trova in difficoltà; inoltre, spesso non gli viene fornita alcuna motivazione soggettivamente «valida» per adeguarsi a tali regole.

Frequentemente accade perciò che tali soggetti «restino indietro» rispetto ai compagni per quanto concerne il rendimento scolastico; ne consegue spesso, da parte degli insegnanti, dopo gli sforzi iniziali, una tendenza al rifiuto e all'emarginazione. Viene così aggravata l'originaria situazione di carenza affettiva. A questa sono spesso legati vissuti e sentimenti di inferiorità, in quanto il soggetto osserva il divario fra sé e il gruppo; connesso a tali sentimenti è il rifiuto del confronto (nelle attività di apprendimento) il ricorso a comportamenti autoaffermativi di altra natura (atteggiamenti disturbanti, aggressività).

Risulta evidente come tutto ciò sia interpretabile in chiave di finzione comportamentale e di compensazione nevrotica ai sentimenti di inferiorità.

I soggetti più inibiti spesso rischiano di strutturare tali sentimenti in complesso di inferiorità; altri invece, più inclini all'autoaffermazione, compensano ricorrendo a comportamenti «valorizzati» dalla sottocultura cui appartengono.

Soddisfano in tal modo il loro bisogno di porsi al centro dell'attenzione dell'adulto (anche se in modo socialmente inadeguato) e riescono a esprimere la propria volontà di potenza.

Quando l'intervento della scuola si limita a essere punitivo ed emarginante, fallisce nel suo compito di «canalizzazione costruttiva della volontà di potenza» e di offerta di valide compensazioni alle carenze di fondo.

Uno degli scopi del nostro lavoro, oltre al «recupero» in senso strettamente scolastico, era di porre le basi per uno sviluppo del sentimento sociale.

Adler sottolinea come sia fondamentale per il bambino, già nella prima infanzia, sentirsi «accettato».

Il sentimento di solidarietà ed empatia che gli operatori dell'équipe e gli insegnanti d'appoggio manifestavano nei confronti dei ragazzi ha permesso di superare i sentimenti di inadeguatezza e, conseguentemente, di mettere in atto comportamenti più socializzati (sentimento sociale come autocoscienza e consapevolezza dei propri diritti «finalmente rispettati», ma anche dei propri doveri nei confronti degli altri).

L'aumento di sentimento sociale ha poi favorito una diminuzione dei meccanismi nevrotici di compensazione e delle finzioni comportamentali.

Concludiamo con Bettelheim che «l'amore non basta»: occorrono anche strumenti tecnico-pedagogici; ma gli strumenti tecnico-pedagogici da soli sono insufficienti.

Pensiamo di trovare tutti d'accordo se affermiamo che le attività di apprendimento comportano un coinvolgimento emotivo ed evidenziano lo

stile di vita dell'individuo, che significativamente si esprime nella lettura e nella scrittura. Anch'esse comportano dei significati relazionali molto pronunciati e, a loro volta, disturbi relazionali possono condizionare negativamente la lettura e la scrittura e l'apprendimento in generale.

★ ★ ★

BIBLIOGRAFIA

ADLER A.: « Il temperamento nervoso », Newton Compton, Roma, 1971.

ADLER A.: « Psicologia del bambino difficile », Newton Compton, Roma, 1973.

ADLER A.: « La Psicologia Individuale nella scuola », Newton Compton, Roma, 1979.

DREIKURS R.: « Psicologia in classe », Giunti e Barbera, Firenze, 1961.

DINKMEYER D., DREIKURS R.: « Il processo di incoraggiamento », Giunti e Barbera, Firenze, 1974.

PARENTI F. e Coll.: « Dizionario ragionato di Psicologia Individuale », Cortina, Milano, 1975.

MAURIZIO VERNA

IL BAMBINO VIZIATO E LO STILE DI VITA DA SPUNTI TRATTI IN UNA SCUOLA MATERNA DI TORINO

«Il secondo tipo di situazione che può creare spesso una errata impostazione di vita è la situazione del bambino viziato. Egli viene a trovarsi in una situazione di privilegio senza aver fatto nulla per meritarsela e generalmente considererà questi suoi privilegi come un diritto naturale. Ne deriva che quando egli non viene a trovarsi al centro dell'attenzione, come per esempio quando gli altri non si preoccupano dei suoi stati d'animo, egli si sentirà a disagio, si sentirà abbandonato dal mondo perché è sempre stato abituato a ricevere e non a dare. Il suo interesse è sempre rivolto a se stesso, non ha mai imparato l'uso e la necessità della collaborazione. Quando incontra delle difficoltà ha un solo metodo per superarle: chiedere aiuto agli altri.» (1)

Con queste parole Adler offre un'esatta indicazione e interpretazione sulle modalità comportamentali e il successivo stile di vita, di quei bambini che rivelano, nel contesto della Scuola Materna, difficoltà relazionali e di adattamento, comunque non disgiunte a difficoltà di apprendimento. Il relatore della presente, interprete degli orientamenti pedagogici adleriani, ha potuto rilevare, nel suo ruolo di operatore all'interno di Scuole Materne, il riscontro tra la formazione dello stile di vita nei primissimi anni d'infanzia del bambino viziato e le sue azioni che si sviluppano conformemente. Il processo educativo, secondo Adler, deve tendere allo sviluppo del sentimento sociale e al desiderio di collaborare, rivolgendo l'aggressività verso forme che risultino utili al bambino e al contesto sociale in cui si viene a trovare. Adler diceva: «Il sentimento sociale è il barometro che misura la normalità del bambino» (2); infatti un'errata impostazione pedagogica impedisce l'instaurarsi del sentimento sociale, sul quale viene strutturata la vita dell'individuo. Il bambino viziato non offre risposte positive a istanze di collaborazione, con conseguente disadattamento alla realtà e contingenze della vita. I genitori in prima persona, con il loro atteggiamento, ma soprattutto la madre, devono saper creare una atmosfera adeguata di comprensione e incoraggiamento, in quanto il bambino è portato a interpretare la vita sulla base dell'interiorizzazione della loro immagine. Troppo spesso si riscontrano pericolosi dualismi pedagogici

(1) (2) WAY: « Introduzione ad Adler ».

nei messaggi dissociati che il bambino riceve prima in famiglia e successivamente in Scuola Materna. Appare dunque problematico un intervento psico-pedagogico finalizzato a forme migliori di adattamento, senza i genitori nel ruolo primario di terapeuti. D'altra parte molti di essi ignorano l'importanza che riveste nei primi cinque anni di vita il processo di formazione dello stile di vita attraverso cui passa la educazione del bambino. Risulta infatti dannoso viziare i bambini, ostacolarli, punirli con rigida severità, coprirli di eccessive premure. Adler insisteva soprattutto sulla necessità di non creare situazioni di conflitto con i figli, in quanto loro sono i più forti. Il bambino, infatti, non si trova in situazioni di responsabilità e, di conseguenza, è il più forte; è infatti molto attento e consapevole nel saper individuare dove poter colpire i propri genitori. Non è superfluo allora sottolineare come i processi educativi debbano avere quali cardini di riferimento l'amore e la fiducia (concetto espresso anche da Erikson quando parla della «fiducia basilare» del «sentimento di sé») attraverso un processo che tenda a rendere indipendenti i figli, non quali antagonisti dei genitori, bensí alleati. «Viziare il fanciullo vuol dire perciò trasformare le sue incapacità in qualche cosa da cui egli trae profitto per modificare il suo compito di dominare le cose in quello di dominare le persone» (3). Il bambino, a cui non si facciano assumere le prime responsabilità all'interno della costellazione familiare, tenderà verso forme di protesta multiformi, legate a un modello egotico, quale mèta fittizia di potere personale, senza un ideale che trascenda un'ambizione esclusivamente personale. Appaiono quindi, in concomitanza con gli insuccessi delle prime esperienze, sentimenti di inferiorità che, in mancanza di adeguati interventi, tenderanno via via a strutturarsi lungo la linea di successivi complessi di inferiorità. Nel riscontro, all'interno della Scuola Materna, il bambino viziato propone forme comportamentali a carattere ansioso, emerge una certa debolezza, timidezza, prepotenza, laddove l'altro è vissuto come più abile e capace. La direzionalità di tali mète fittizie prende forma attraverso l'evidenziazione della sua stessa debolezza, utilizzata nella richiesta di attenzione e compiacenza di chi gli sta accanto; parallelamente e nella stessa ottica tende a proporre forme comportamentali a sfondo aggressivo, in un processo in cui tutte le energie sono complici e funzionali al suo mondo soggettivo, ma filtro e coartazione della dimensione esterna. Attraverso tali espressioni prende forma lo stile di vita che, tranne forme migliori di adattamento, assume carattere di stabilità senza la possibilità di strutturali modificazioni. Ogni bambino propone un piano che si è andato sviluppando a partire dalla nascita, mettendo in luce così «lo stile di vita» che caratterizzerà e guiderà i successivi comportamenti. Adler, nel formulare il concetto di «stile di vita», pone in relazione tre elementi: l'ereditarietà, l'ambiente e il sé creativo. L'ereditarietà rappresenta un semplice elemento nella formazione dello «stile di vita» per Adler, che rifiuta il principio di un determinismo causale nelle caratteristiche innate della persona, ma la colloca su un piano di volontarismo teleologico. Particolare

(3) WAY: « Introduzione ad Adler ».

importanza riveste l'influenza dell'ambiente nella formazione dello stile di vita e in particolare il gruppo sociale primario, la famiglia, che può strutturare e modificare la personalità del figlio. La famiglia è paragonata da Adler a una costellazione in cui il padre e la madre formano rispettivamente il sole e la luna e i figli le stelle, di diversa grandezza. Le diverse espressioni di carattere derivano dalle esperienze soggettive che il figlio vive sia all'interno del gruppo primario, sia nel gruppo sociale più ampio. Comunque, solo analizzando e prendendo in considerazione il concetto di sé creativo, inteso da Adler quale energia creatrice della psiche, si riesce a integrare e a meglio comprendere il rapporto tra ereditarietà, ambiente e formazione dello stile di vita; «sé creativo» quindi inteso quale energia e significato primario della vita dell'uomo, e per il bambino in particolare come principio guida. Il comportamento del bambino, dunque, segue le linee dell'energia creatrice e il bambino viziato proporrà e produrrà atteggiamenti conformi alla sua idea e al suo stile di vita che si sta delineando. Per capire quindi un bambino è necessario riuscire a cogliere lo «stile di vita» attraverso l'analisi e la osservazione degli atteggiamenti, delle contraddizioni e delle modalità reattive. Appaiono necessari, in tale processo di comprensione, un discorso pedagogico allargato, una compenetrazione produttiva tra famiglia e scuola materna, che facilitino nel bambino la relazione con il mondo. «Il bambino deve essere progressivamente preparato ad affrontare i problemi della vita il più presto possibile. Per evitare un fallimento, il complesso di inferiorità deve essere scoperto subito e la sua fonte disseccata» (4). Alla luce di questi orientamenti sono stati favoriti e privilegiati momenti di incontro e di formazione con le Educatrici di Scuola Materna, per poter offrire strumenti migliori che consentissero un approccio più tecnico e adeguato con le famiglie. «Solo un individuo convinto del potere dell'educazione, sarà capace di sviluppare nel bambino tutte le sue facoltà latenti.

Ma educare un ragazzo non significa unicamente procurargli delle esperienze positive o aiutarlo a fissarsi delle mète valide: bisogna anche badare a ciò che il bambino fa di tali esperienze. Certi genitori, che effettivamente sono degli eccellenti educatori, restano spesso meravigliati quando sorgono delle difficoltà. A prima vista ci si può in realtà stupire di tali comportamenti che vengono allora interpretati come prove a sostegno della teoria dell'ereditarietà. Ma se approfondiamo la questione, si comprende facilmente che il ragazzo assimila le esperienze che gli vengono dal di fuori con l'aiuto della propria forza creatrice. Non è una palla di cera nelle mani dell'educatore, come spesso si crede, ma partecipa attivamente al suo proprio sviluppo. Non è quindi sufficiente che l'educatore faccia del suo meglio; egli deve anche osservare attentamente il modo come il fanciullo comprende le cose, così da essere pronto a correggere tutti gli errori di interpretazione» (5). Sotto questa luce la scuola materna, anti-

(4) H. ORGLER: « Alfred Adler e la sua opera ».

(5) H. ORGLER: « Alfred Adler e la sua opera ».

cipazione del momento scolastico, deve soprattutto sviluppare nel bambino la capacità di collaborare, finalizzando l'opera pedagogica verso adeguate forme di interesse sociale dello stesso. Tale processo educativo si realizzerà soltanto attraverso la capacità della comunità ad integrare ed elaborare le istanze del bambino, attraverso la comprensione e la decodificazione dei suoi errori. E dopo? Saprà proporre la scuola dell'obbligo messaggi non dissociati da quelli della Scuola Materna? Adler stesso, quanto mai attuale, offre delle indicazioni: «Gli errori della nostra scuola sono: le classi sovrapopolate, l'esercizio insufficiente di molti maestri... difficilmente ci si può aspettare di più da parte loro. Il più grande inconveniente della scuola è tuttavia l'ignoranza riguardante lo sviluppo psichico del bambino. I rapporti tra maestro e allievo sono sempre stati deprimenti e ciò è sentito dal bambino in modo assai più acuto che in qualsiasi altra relazione interumana. Se l'allievo commette un errore oppure ha un cattivo voto, viene punito e questo non è certamente il fine dell'educazione» (6).

A Kant la conclusione: «La ricerca del potere ha origine nella paura di essere dominato dagli altri e dal desiderio di assicurarsi in tempo il vantaggio della forza su di essi».

La Rivista di Psicologia Individuale porge le più sincere condoglianze alla famiglia dell'Autore, tragicamente scomparso durante la preparazione di questo numero.

(6) A. ADLER: « Prassi e teoria della Psicologia Individuale ».

BIBLIOGRAFIA

ADLER A.: « Psicologia del bambino difficile », Newton Compton, 1976.

ADLER A.: « Cos'è la Psicologia Individuale », Newton Compton, 1976.

ADLER A.: « Il temperamento nervoso », Newton Compton, 1971.

ADLER A.: « Prassi e teoria della Psicologia Individuale », Newton Compton, 1970.

ADLER A.: « Psicologia dell'educazione », Newton Compton, 1975.

ADLER A.: « Psicologia Individuale e conoscenza dell'uomo », Newton Compton, 1975.

DREIKURS R.: « Lineamenti della psicologia di Adler », La Nuova Italia, 1968.

ORGLER H.: « Alfred Adler e la sua opera », Astrolabio, 1970.

PARENTI F., ROVERA G.G., PAGANI P.L., CASTELLO F.: « Dizionario Ragionato di Psicologia Individuale », Cortina, 1975.

WAY L.: « Introduzione ad Alfred Adler », Giunti-Barbera, 1969.

MARISA BIANCHIN

LA FRAMMENTAZIONE DEGLI INTERVENTI COME REMORA NELLA PREVENZIONE E NEL RECUPERO DEGLI HANDICAPS

Al crescente impegno sociale che ha caratterizzato in questi anni il problema dell'handicap e dell'handicappato, non ha parallelamente corrisposto una adeguata conoscenza e definizione dell'entità del problema e in particolare della sua prevenzione.

Il presente sintetico studio si propone di effettuare alcune critiche a tale situazione, orientate secondo i concetti sociali della dottrina adleriana, rispettosi dell'«irripetibilità» dell'individuo e assieme sostenitori di una sua indispensabile integrazione nella comunità.

Varie tendenze hanno caratterizzato l'atteggiamento della scienza e della società nei confronti di questo problema, tendenze che oggi possiamo valutare come negative. Tra esse, la pratica della «separazione» a tutti i livelli dell'intervento, determinata soprattutto dall'effetto di automatismi ben consolidati, retaggio di una cultura e di una ideologia istituzionalizzanti. Il terreno su cui ci si continua a muovere è quello della netta separazione degli opposti: salute-malattia, bene-male..., ciascuno con la propria sfera ideologica e istituzionale separata, acquistano in questo modo un valore assoluto, positivo o negativo.

Ciò consolida stereotipi e atteggiamenti negativi nei confronti dell'handicappato.

In questa ottica vengono automaticamente separate le sfere in cui si svolge l'handicap, vissuto come malattia, da quelle in cui si svolge la vita, vissuta come salute; ciò richiede una identificazione sempre più precoce e l'assolutizzazione immediata di ogni fenomeno che faccia sospettare la presenza della malattia nella salute.

Si constata quindi una «separazione» dell'handicap dall'handicappato, che isola l'handicap stesso rendendolo ipertrofico da una parte e nullificando la persona nella globalità e complessità dei suoi bisogni dall'altra.

Si verifica correntemente la separazione tra i problemi dell'handicappato e quelli della sua famiglia così come, a livello sociale, vi sono servizi riferiti agli handicappati ed altri riferiti a tutti i cittadini.

Avviene in pratica un processo di differenziazione e di specializzazione degli interventi, ciò fa in modo che la sfera sanitaria viva indipendentemente dalla sfera sociale, politica ecc..., forte della delega iniziale, che

offre spazio libero alla gestione dello «specifico» già definito in rapporto ai bisogni dell'organizzazione sociale.

Se ci si riferisce alla filosofia di fondo che sottende i servizi, si può rilevare come, anche nell'ambito degli stessi, si perpetui la stessa logica, individuando:

— quelli finalizzati ad un intervento sui bisogni di natura sociale e quelli ad impronta più sanitaria finalizzati alla riparazione dell'handicap;
— la separazione della riabilitazione dalla prevenzione (intese non come dovrebbero essere, cioè un modello unitario di approccio alla gestione e alla tutela della salute, con carattere di dinamismo e di trasformazione);
— all'interno della sfera della riabilitazione, una separazione degli interventi: vi sono infatti interventi diretti alla rieducazione funzionale da una parte e dall'altra quelli rivolti all'educazione globale del bambino;
— vi è la distinzione, in campo educativo, tra l'educazione per gli handicappati e quella per tutti gli altri; poi settorialmente: la sessualità dell'anziano, la sessualità del bambino, la sessualità della donna, ecc.

Ogni sfera resta distinta, confermando un proprio settore di intervento, isolato dagli altri con un'apparente impenetrabilità reciproca e, nell'ambito di ognuna, si consolidano privilegi e interessi. L'ideologia dominante, codificando drasticamente lo spazio tra normale ed anormale, ha alimentato la pratica della separazione determinando un'ulteriore emarginazione per l'handicappato.

Come attuare il passaggio dalla separazione all'integrazione tenendo conto che l'organizzazione sociale di tipo occidentale produce necessariamente emarginazione?

Una occasione importante è rappresentata dalla Riforma Sanitaria. Questa ultima sancisce un cambiamento dei contenuti e prevede un'organizzazione dei Servizi Sociali e Sanitari basata sulla valorizzazione dei legami che esistono tra operatori, amministratori, organizzazioni sindacali, popolazione, ecc.

Si supera in questo modo la concezione della salute per la quale il problema dell'assistenza sanitaria debba essere considerato e vissuto come un problema esclusivamente tecnico. È importante collocare l'handicap nel suo spazio reale, quindi come problema sociale e non individuale, o almeno non esclusivamente individuale.

Esso infatti non costituisce un problema di assistenza a cui si possa rispondere con una cura solo riparativa e con una guarigione intesa come normalizzazione. È importante sottolineare che deve essere attuata una integrazione globale attraverso inserimenti che rispondano alla complessità bio-psico-sociale della persona, quindi anche tenendo conto del tipo di handicap presente. Occorre perciò ricomporre contestualmente un tessuto storico individuale e collettivo. Solo con questo punto di riferimento possono essere individuati tutti quegli elementi significativi, tra loro stretta-

mente interconnessi e dinamicamente interdipendenti, che permettono di arrivare ad una conoscenza reale nei confronti dell'handicap. In questo modo si pone fine al concetto radicato secondo il quale l'handicap rappresenta solo un «incidente». Tale visione impedisce di fatto che l'handicap, inteso globalmente, possa diventare oggetto di consapevolezza e di responsabilità comune.

Entrano in gioco a questo punto anche le ansie ed i timori delle persone sane che temono l'identificazione, dovuta alla possibile scoperta di elementi comuni, nelle persone handicappate. Oltre a questo timore di riconoscersi, altre dinamiche che si possono scatenare come meccanismo difensivo: sono la negazione dell'handicap attraverso un egualitarismo paradossale, basato soprattutto sulla aconflittualità del rapporto; ed in ambito tecnico viene così a crearsi una dissonanza affettiva e cognitiva, che può essere superata colmando la distanza con informazioni tecniche apparentemente neutre, autorassicuranti per chi opera e stabilizzanti per l'handicap.

Attualmente, come risposta all'utenza, si è creata nel territorio delle USSL una rete protettiva e assistenzialistica, che nella collocazizone decentrata tenta di negarsi come assistenza per convertirsi in responsabilità e gestione sociale; la delega viene assunta dagli operatori per proteggere e paradossalmente per superare la necessità di protezione. In tal senso, rimanendo ancora l'intervento chiuso all'interno di una dimensione assistenzialistica, non può considerarsi azione preventiva.

L'handicappato viene collocato in direzione di un «sostegno» particolare e non vi è il ripensamento strutturale dei rapporti: una nuova riorganizzazione culturale.

Nell'ambito dell'équipe multidisciplinare si assiste spesso al fenomeno della parcellizzazione dell'intervento, nella presa in carico del caso da parte dei vari operatori. Nel tentativo di risolvere meglio il problema lo si definisce nelle sue parti e si arriva paradossalmente a impedirsi un intervento realmente efficace, se a questa definizione dello specifico non segue un serio intervento caratterizzato da due elementi essenziali: l'unitarietà e la continuità dell'intervento stesso. Ciò permette inoltre di non «perdere» il soggetto quando passa da un servizio all'altro (consultorio pediatrico, medicina scolastica, consultorio familiare).

Se si vuole superare l'approccio assistenziale occorre anche che gli operatori riescano a produrre conoscenza, a riflettere in modo sistematico sul lavoro svolto, a valutare l'efficacia dell'intervento, ad elaborare tali riflessioni e a farle circolare tra i cittadini e nell'ambito politico, sede fondamentale dell'intervento di prevenzione primaria. L'informazione diventa così stimolo alla partecipazione popolare. Questo scambio informativo è certamente un elemento che può contribuire ad una visione culturale diversa nei confronti dei problemi considerati in modo pregiudiziale, come lo è per l'handicap.

L'integrazione dell'handicappato attraverso i vari inserimenti (scuola, famiglia, mondo del lavoro) e la prevenzione, nel senso di un ripensa-

mento strutturale dei rapporti, possono quindi essere garantite, a parer mio, se si rispettano alcuni momenti essenziali:

— diagnosi precoce sia in riferimento all'età che alla cronologia del danno;
— inquadramento della realtà dell'handicappato in riferimento ai suoi ambiti relazionali significativi, nelle loro successioni emotive;
— intervento tecnico da parte di una équipe multidisciplinare, nel rispetto della continuità e globalità del lavoro;
— programmazione dell'intervento e verifica;
— aggiornamento e formazione permanente degli operatori.

Solo su questa base la prevenzione può costituire un obiettivo reale, non teorico, che richiede un contributo tecnico qualificato senza per altro privilegiarlo rispetto alla funzione politica.

Sono molti gli ostacoli che si presentano nel processo di inserimento sociale dell'handicappato, alcuni evidenti (carenze legislative, barriere architettoniche...), altri meno evidenti, quali ad esempio gli stereotipi nei confronti dell'handicap; essi possono influire negativamente, tanto più che l'handicappato, che percepisce come negativi gli atteggiamenti degli altri nei suoi confronti, accresce le sue reazioni di dipendenza e di ansia.

L'immagine psicologica e corporea che gli deriva di sé risulta deteriorata, il livello di autostima diminuisce, aumenta notevolmente il sentimento di inferiorità: spesso questo processo risulta irreversibile e viene perduto il «potenziale energetico» per operare un reale e globale recupero basato su compensazioni positive.

Il recupero, visto come processo dinamico che tenga conto della fase evolutiva dell'handicappato nelle sue risorse disponibili (sul piano delle attitudini cognitive, delle vie e delle modalità di comunicazione, della consistenza e della esprimibilità della vita affettiva-relazionale), non trova spazio ancora neanche all'interno della istituzione scolastica. La scuola, infatti, è rispondente solo in funzione di uno stereotipo di bambino e non sa adeguarsi alle necessità di ogni individuo, che al contrario è costretto all'adeguamento, pena l'esclusione.

Se consideriamo il bambino handicappato nel suo sviluppo psichico in età evolutiva, constatiamo come incontri continue difficoltà da affrontare in rapporto al mondo esterno, che esige da lui la perfezione degli organi.

È facilmente possibile indurre nel fanciullo handicappato una controreazione emotiva e affettiva caratterizzata da atteggiamenti con tratti, vuoi di astensionismo nevrotico per uno scontato fallimento, vuoi di tipo compensatorio attivo caricati da un risentimento aggressivo nei confronti della realtà esterna. L'handicappato si sente impedito nell'agire la propria affettività, la propria conflittualità, che sono comunque investite, al servizio però di una conflittualità di tipo nevrotico.

C'è un'ambivalenza di fondo nel sistema familiare entro cui l'handicappato vive, un'ambivalenza che si esprime in vari modi: con investimenti in termini prevalentemente sanitari, con continue e ossessive visite di controllo. Possiamo attribuire tutto ciò essenzialmente a due motivazioni: il tentativo di negare la reale entità del danno a scopo autorassi-

curante, e il tentativo di superare il senso di colpa. Tali motivazioni sussistono sia a livello dei familiari che degli operatori. Il rapporto con l'handicappato si effettua attraverso la quotidiana somministrazione di farmaci senza esplicazioni affettive, o sostituendosi a lui e impedendogli il raggiungimento di una autonomia di fronte ai problemi.

Così il rapporto di dipendenza dalla malattia aumenta, forzato e appesantito dalla psicodinamica familiare, che tende a preservare l'handicappato da tutte le esperienze precoci di rapporto con la realtà, minando la sua autonomia e la sua socializzazione.

Tutto ciò a livello di apprendimento produce un rallentamento dello sviluppo cognitivo dovuto, oltre che a una regressione affettiva, anche al timore del confronto per un'immagine di sé deteriorata, intrisa di sentimento di inferiorità, che demotiva l'apprendimento, immettendo il soggetto nei circuiti di morbida esclusione sancita dall'handicap stesso. Il senso della vita, e la visione del mondo che ne deriva, sono dominati dal pessimismo e dalla sfiducia, chiusi entro quegli schemi assimilati (bello, giovane, ricco, sano,...) da una società consumistica e ipercompetitiva quale è la nostra.

Integrazione deve assumere il significato di reciproco accomodamento in senso piagetiano, l'assimilazione del nuovo-diverso (handicap) che si inserisce in schemi già esistenti e produce una modificazione (accomodamento) degli schemi stessi in relazione alle nuove condizioni, in un rapporto di feed-back continuo.

Come sottolinea Canevaro, l'integrazione costituisce un continuo interagire, riconoscendo che la presenza di un altro rappresenta il segnale di una reciproca incompletezza. L'atteggiamento professionale e tecnico di chi ha già strumenti di conoscenza ha già un linguaggio che non viene mutato dalla presenza dell'handicappato, perché lo stesso è spiegato da quegli stessi strumenti, assieme al tentativo di non mutare le conoscenze precedenti nonostante la nuova presenza; è un atteggiamento connotabile come assenza di desiderio di integrazione («è l'altro che manca di qualcosa e non io»).

Ciò determina una mancanza di reciprocità. È auspicabile un'inversione di tendenza, non più centrata sulla uniformità come obiettivo indistinto, ma sulla diversità come valore e come realtà.

GIAN GIACOMO GIACOMINI

ANALISI ED EMPATIA NELLA PSICOTERAPIA DI A. ADLER: PROSPETTIVE DI UN INQUADRAMENTO DIALETTICO

1. LA PSICOTERAPIA ANALITICA E IL PROBLEMA DELL'IO

La psicoterapia di A. Adler può essere assunta senza dubbio come *esempio di una psicoterapia che aspira a costituirsi in termini sistematici,* in quanto intende trarre i principii ispiratori della metodologia e dell'intervento terapeutici da una teoria organica della personalità umana.

Inoltre, la teoria adleriana della personalità tende ad assumere come suo fondamento *la tematica dell'Io, in quanto principio originario della realtà psichica,* prescindendo da ogni pregiudiziale trascendente, sia di ordine naturalistico, sia di ordine metafisico; essa, pertanto, può essere anche assunta, a differenza di altre teorie della personalità, come *un modello di personologia fondamentalmente psicologistica* (1,14). (**)

Nell'ambito delle scuole di psicoterapia di orientamento analitico, l'orientamento dottrinario e metodologico adleriano presenta in questo senso una posizione precorritrice e singolare.

È precisamente nell'impronta eminentemente che noi possiamo individuare il carattere peculiare della personologia adleriana, ed *è in questa caratteristica che noi possiamo riconoscere anche, dal punto di vista teoretico e storico, le ragioni della divergenza radicale dell'adlerismo rispetto al freudismo.*

Come è noto, l'ispirazione dottrinaria del freudismo si caratterizza per il suo essenziale naturalismo, in ragione del quale tale dottrina può essere definita come una psicologia delle pulsioni istintuali (11, 14).

È ben noto, in effetti, come Freud, al quale pure si deve sul piano della prassi psicoterapeutica l'introduzione di una metodica clinica eminentemente psicologistica (in quanto linguistica e dialogica), sia giunto a farsi interprete, sul piano teoretico, del più assoluto riduzionismo fisicanalistico: «le carenze della nostra esposizione scomparirebbero se fossimo già nella condizione di sostituire i termini psicologici con quelli della fisiologia e della chimica» (8).

È evidente che una simile impostazione dottrinaria del freudismo renda problematica la coerenza della teoria con la prassi terapeutica, mettendo

(**) I numeri tra parentesi rinviano alla nota bibliografica al termine dell'articolo.

così in crisi l'ideale di una psicoterapia sistematica, in quanto fondata su un'autentica personologia.

È ben noto, del resto, come, *nell'ambito dello stesso freudismo, proprio le esigenze imposte dalla pratica clinica abbiano reso inderogabile, nel corso dello sviluppo storico del metodo psicoanalitico, una modifica radicale del concetto di analisi terapeutica, che doveva condurre necessariamente ad un passaggio da una psicologia delle pulsioni istintuali ad una psicologia dell'Io* (6, 18, 19).

In quanto mediato dal linguaggio ed imperniato su una metodica dialettica, risultava evidente come il rapporto psicoterapeutico non potesse fare astrazione dal principio dell'Io, quand'anche l'Io fosse stato considerato alla stregua di una struttura meramente secondaria, come *un sistema di meccanismi di difesa* dissimulanti la più profonda realtà biologica delle pulsioni istintuali.

Ora accade però che, *nel momento stesso in cui venga riconosciuta ai cosiddetti meccanismi di difesa dell'Io una qualche funzionalità, non si può evitare di riferire tale funzionalità alla stessa intenzionalità riflessiva dell'Io*, in quanto esigenza di integrazione della personalità.

Il fatto che una qualche modalità difensiva dell'Io possa, in tutto o in parte, decadere dalla sua funzionalità, per tradursi paradossalmente in una condizione disintegratrice della personalità, non smentisce l'originaria presenza dell'intenzionalità integratrice dell'Io, ma, al contrario, la riconferma dialetticamente.

In questo senso, risulterà evidente l'impossibilità di concepire l'Io come semplice sovrastruttura, la cui analisi, nel corso del processo psicoterapeutico, debba rendere possibile la sua riduzione ad una sottostante realtà naturale ed alle sue leggi elementari (come le leggi puramente economiche dell'omeostasi e della sostanza): al contrario, si imporrà l'esigenza di concepire *l'Io come un principio riflessivo di intenzionalità autonoma*, dialetticamente antitetica, in quanto forma di integrazione, rispetto alle tendenze disgregatrici della pura, incoordinata pulsionalità (12, 13).

Sul piano della pratica clinica, il riconoscimento dell'Io in quanto forma intenzionale di integrazione porta necessariamente ad una *riforma radicale del concetto di analisi terapeutica*: in effetti, ad una concezione riduttiva sistematica, per la quale il lavoro analitico dovrebbe esaurirsi in un'ermeneutica o in un inventario dei contenuti del cosiddetto Inconscio psichico (assunto come entità ontologico-metafisica astratta da ogni forma di Riflessione), viene a sostituirsi la metodica formale di un'analisi che, intenzionalmente e sistematicamente, persegue il fine di una *individuazione di quelle modalità di atteggiamento e di quelle forme di impostazione che l'Io ha assunto di fronte alla problematica globale della propria esperienza*, nell'ambito della quale il cosiddetto Inconscio psichico rappresenta senza dubbio una determinazione fondamentale, ma soltanto in un senso rigorosamente formale.

In questo senso, la celebre formula freudiana secondo la quale il processo dell'analisi dovrebbe far sí che «Là dove era l'Es, deve subentrare

l'Io» (10) può acquisire un genuino significato se il rapporto autentico tra Io ed Es viene inteso in termini dialettici, dove l'Es e l'Inconscio non possono rappresentare che una posizione limite di Alienazione, che l'Io deve continuamente risolvere e reintegrare in sé, come sua intenzionalità fondamentale.

In un'analisi così impostata, risulterà evidente che il presupposto razionale sul quale dovrà impostarsi un lavoro terapeutico che aspiri a costituirsi sistematicamente, non potrà più essere costituita da quella forma di concettualizzazione intellettualistica che sta alla base della conoscenza naturale e che la teoria freudiana (così come ogni altra psicologia positivistica) presumerebbe di poter applicare indiscriminatamente all'esperienza psichica, ma dovrà necessariamente essere rappresentata da *una concettualizzazione dialettica, che possa sistematicamente interpretare, sia nella loro problematicità, sia nella loro funzionalità, le antitesi e le contraddizioni fondamentali originariamente inerenti all'esperienza psichica*, senza ricorrere a fallaci ed artificiali riduzionismi o preclusioni di qualsiasi natura (14).

2. SISTEMATICA DELL'ANALISI TERAPEUTICA E DIALETTICA DELLA PERSONALITÀ IN A. ADLER

In questa prospettiva, il contributo adleriano ad una teoria dell'analisi sistematica e razionale deve essere considerato essenziale e precorritore.

Come è noto, nella concezione adleriana, il principio dell'Io non si pone tanto come un'entità naturale da scoprire sul piano dell'esteriorità, ma piuttosto come *un presupposto aprioristico, in funzione del quale dovrà essere interpretata ogni forma di esperienza e di attività psichica*, e prescindendo dal quale sarà impossibile qualsiasi discorso psicologico o psicoterapeutico (1).

Pertanto, da un punto di vista psicologico e psicoterapeutico, sarà vano sperare di pervenire ad una deduzione dell'Io dai fatti della sessualità o da qualsiasi altro aspetto particolare della realtà psichica o extrapsichica (biologica, fisica, ecc.), perché la stessa sessualità (come ogni altro aspetto dell'esperienza) si troverà pur sempre aprioristicamente inquadrata nella problematica fondamentale dell'Io.

Ora, come è noto, la situazione psichica fondamentale caratterizzante la posizione dell'Io, è rappresentata, secondo Adler, *dal sentimento di affermazione della personalità, cui si contrappone, come sua antitesi, il sentimento di insicurezza e di inferiorità, che l'Io, adottando formulazioni ipotetiche, razionali o fittizie, cercherà sempre, con ogni mezzo, di negare.*

Questa impostazione della personalità adleriana può essere accreditata di un genuino spirito dialettico in quanto questo principio dell'Io non venga più desunto, riduttivamente, da presupposte entità naturali o sovrannaturali ma, al contrario, venga riconosciuto come esperienza originariamente soggettiva, radicalmente antitetica rispetto ad ogni possibile determinazione dell'esteriorità.

Ciò che contraddistingue la concezione adleriana è precisamente questa consapevolezza del fatto che *l'Io, nella sua originalità, si individua nella sua posizione di rifiuto per qualsiasi forma di identificazione immediata con l'esperienza di dipendenza dall'esteriorità*: nel suo rapporto con la natura, con l'Alterità sociale, con la sua stessa corporeità, l'Io avverte la propria condizione come sentimento di insicurezza, problematicità, angoscia, inferiorità, ma *ciò che lo caratterizza è la sua intenzionalità autoaffermativa, come negazione della defettività, della dipendenza, dell'inferiorità rappresentata dal limite esteriore, contro il quale oppone la sua volontà di potenza e di trascendimento del limite* (2, 4).

In questo riconoscimento dell'esigenza di trascendenza inerente alla esperienza dell'Io la psicologia adleriana, d'altra parte, si differenzia dalle psicologie di ispirazione fenomenologico-esistenzialista, nella misura in cui l'intenzionalità dell'Io non comporta la sua dipendenza da una trascendenza ontologico-metafisica, ma si costituisce nei termini di un'affermazione dello stesso Io.

In questo senso, l'analisi del rapporto tra l'Io e il Mondo e tra l'Io e l'Alterità si configura come *individuazione di un progetto di vita il cui fondamento non discende da una realtà extrasoggettiva (istinto, archetipi, valori trascendenti) ma dalla spontaneità riflessiva dello stesso Io.*

Da ciò l'importanza fondamentale dell'*immaginazione anticipatrice*, come attività progettante, costruzione di ipotesi e di modelli ideali di rapporto con l'alterità, sulla base dei quali l'Io riflettente muove alla conquista del mondo esteriore, cioè alla costruzione di *un suo mondo*, dove la dimensione dell'esteriorità sia ridotta senza residui alla dimensione dell'interiorità.

È evidente come, in una simile impostazione, *il processo formativo dell'Io non sia più fondabile nei limiti di una concettualizzazione intellettualistica, ma soltanto nei termini di una logica dialettica.*

Questa logica comporta il continuo *rapporto dialettico e riflessivo tra una posizione problematica (trauma, insicurezza, ansia, inferiorità) ed una formula programmatica (immagine ideale di sé, modello di comportamento) nella* quale l'Io metodicamente si identifica al fine di risolvere il suo problema e riaffermare la sua integrità.

Ogni immagine ideale, ogni modello di comportamento, in quanto incarnato in un tratto di carattere, si tradurrà in uno stile di vita: come tale, esso corrisponderà ad *una concreta metodica di relazione interpersonale attraverso la quale l'Io si studierà di dominare il mondo e riaffermare la sua superiorità.*

Vero è che, nella misura in cui la struttura del carattere si riduca ad un modello stereotipato di comportamento, sostenuto dalla sola necessità di dissimulare un'inferiorità o un'angoscia di un remoto passato (ma pur sempre attuali nella profondità dell'interiorità soggettiva), esso decadrà dalla sua funzionalità, per ridursi ad una sterile posizione difensiva, che precluderà all'Io la possibilità di un'autentica evoluzione storica.

Tuttavia, è altrettanto vero che l'intenzionalità riflessiva dell'Io alla propria affermazione persisterà, sia come esigenza di superamento delle metodiche percepite come limitanti e problematiche, sia, paradossalmente, come intenzionalità a perseguire tale autoaffermazione, pur conservando capziosamente quelle stesse metodiche nelle quali l'Io ha trovato la sua immediata identificazione.

3. ANALISI DEL CARATTERE E PROBLEMATICA DEL TRANSFERT IN A. ADLER

Sul piano della pratica terapeutica, risulterà pertanto evidente come *un'analisi condotta secondo un criterio sistematico non potrà prescindere dalla forma logica riflessiva inerente al processo costitutivo della personalità ed alle sue immanenti contraddizioni.*

A questo proposito, il contributo adleriano per una interpretazione organica del problema del transfert si presenta particolarmente illuminante.

In effetti, uno degli aspetti più qualificanti dell'insegnamento adleriano è rappresentato dall'opportunità offertaci di verificare come quella stessa forma logica che presiede alla formazione della personalità ed alla specifica strutturazione del carattere individuale, trovi la sua concreta esplicazione (tanto nella sua funzionalità riflessiva, quanto nella problematicità delle sue contraddizioni) proprio nello stesso rapporto interpersonale che, sin dagli inizi, il paziente stabilisce col suo terapeuta (3).

Tenendo conto di tale logica, non può stupire come, aprioristicamente, il rapporto psicoterapeutico debba trovarsi di fronte ad una radicale contraddizione.

Tale contraddizione è rappresentata dal fatto che, da un lato, il paziente, in quanto personalità che persegue il proprio ideale di autonomia, aspira a liberarsi delle limitazioni che ne pregiudicano il conseguimento e che egli identifica con la sua sintomatologia nevrotica: appunto perciò egli si rivolge al terapeuta affidandosi alla sua competenza professionale.

Dall'altro lato, però, accade che, nell'atto stesso in cui egli si rivolge all'Alterità, rappresentata dalla figura del terapeuta, per ottenere il suo aiuto, ecco che proprio l'ideale di autonomia viene ad essere posto in una crisi radicale: la dipendenza dal terapeuta viene percepita come contraddittoria rispetto al fine della terapia stessa.

Quale meraviglia che il paziente, nella crisi che investe il suo sentimento di personalità, mobiliti nel rapporto col terapeuta, anche sino alla esasperazione, tutti gli atteggiamenti difensivi di cui dispone, al fine di salvaguardare il suo ideale di malintesa autonomia?

Sin dalle origini, pertanto, le modalità del rapporto interpersonale tra paziente e psicoterapeuta risulteranno condizionate da una problematica emotiva che costituirà la premessa fondamentale dalla quale si svilupperà tutta quella complessa articolazione di sentimenti contraddittori cui è stata assegnata la denominazione di transfert.

Se, da un lato, per il paziente, lo psicoterapeuta assume le sembianze di una guida razionale e di una figura salvifica, dall'altro lato esso rappresenta pur sempre un personaggio problematico, non solo in merito alle sue competenze professionali, ma, innanzi tutto, in rapporto all'ideale di personalità, per il quale l'Io aspira a organizzare la sua esperienza secondo quelle formule metodiche, strutturate nel sistema caratteriale, che egli ha elaborato e collaudato sulla base della propria esperienza storica e che egli giudica insostituibili per la garanzia della propria sicurezza.

Da questo punto di vista, non vi sarà concordanza tra il punto di vista del paziente ed il punto di vista dello psicoterapeuta neppure per quanto concerne lo stesso concetto di terapia.

In effetti, per il paziente, l'ideale della terapia consisterebbe nella compiuta risoluzione dei disturbi sintomatici, senza che peraltro debba essere scalfita in alcun modo quella struttura del carattere nella quale egli fallacemente identifica la sua autonomia e la sua sicurezza.

Lo psicoterapeuta caratteriale, al contrario, è consapevole del fatto che proprio negli atteggiamenti emotivi fondamentali, metodicamente strutturati nella personalità del paziente, risiede l'origine di quei fenomeni apparentemente irrazionali ed inspiegabili che il paziente avverte angosciosamente come estranei rispetto al proprio Io.

Lo psicoterapeuta caratteriale è pertanto persuaso che ogni sforzo terapeutico accentrato sul sintomo produrrebbe risultati effimeri ed incontrollabili quando non fosse sostenuto da una riforma radicale delle strutture di base del carattere.

Inoltre, lo psicoterapeuta caratteriale fonda il suo intervento sulla convinzione che solo attraverso la presa di coscienza e la conseguente dissoluzione delle strutture fittizie della personalità sia possibile al paziente di pervenire ad una rinnovata impostazione emotiva che gli consentirà di costituire un'autentica autonomia, basata su una più razionale strutturazione del proprio carattere e della propria relazione col mondo.

In questa prospettiva, il metodo dell'analisi terapeutica acquista un significato chiaramente comprensivo.

Com'è noto, *un trattamento psicoterapeutico può definirsi analitico in quanto, innanzi tutto, concepisca l'atto terapeutico non già come un intervento suggestivo, normativo, anaclitico, o comunque condizionante, esercitato dal terapeuta (presupposto come autorità docente) sul paziente (equiparato alla figura dipendente del discente), bensì come una chiarificazione di quelle condizioni problematiche e contraddittorie della sua interiorità, dalle quali risulta impedita l'integrazione e l'evoluzione spontanea della sua personalità.*

La condizione essenziale perché integrazione ed evoluzione della personalità avvengano spontaneamente è appunto che il *terapeuta non presuma di introdurre nel dialogo psicoterapeutico alcun contenuto estrinseco o condizionante, ma imposti il suo intervento secondo criteri rigorosamente formali, che non pregiudichino minimamente l'originalità dei contenuti espressi dal paziente.*

In questo senso, ogni intervento analitico ed ogni conseguente effetto terapeutico saranno sempre subordinati al *principio della massima spontaneità del paziente, come condizione per il conseguimento dell'autonomia della sua personalità.*

L'intervento terapeutico sarà tanto più qualificato in senso analitico quanto più orienterà il paziente verso la soluzione dei suoi problemi non secondo modelli normativi predeterminati imposti dal terapeuta, ma secondo quelle formule risolutive che il paziente stesso avrà riconosciuto come più idonee, in quanto emergenti spontaneamente dalla chiarificazione critica delle sue contraddizioni interiori.

È noto, d'altra parte, come un'analisi terapeutica fondata sul principio dell'incondizionata spontaneità espressiva del paziente sia facilmente esposta al rischio di uno svolgimento caotico, che rende problematico un organico intervento interpretativo da parte del terapeuta.

Da questo punto di vista, *la teoria dell'analisi accentrata sulla tematica caratteriale, preconizzata dalla dottrina adleriana, è l'unica che consenta di soddisfare ugualmente sia l'ideale analitico dell'autonomia della personalità del paziente, sia le esigenze di una psicoterapia sistematica.*

In particolare, soltanto nella prospettiva di un'analisi caratteriale la problematica del transfert può acquisire un'autentica funzionalità nell'ambito del processo psicoterapeutico.

In effetti, poiché la formula logica che presiede al rapporto interpersonale tra paziente e terapeuta è quella stessa attraverso la quale si è venuta formando la struttura della personalità, è evidente che *l'analisi delle contraddizioni inerenti alla situazione di transfert consentirà di mettere in luce, in tutta la ricchezza delle sue implicazioni conflittuali, il processo di formazione storica del carattere, e viceversa.*

Più precisamente, la contraddizione dei sentimenti connessi con la problematica del rapporto di dipendenza e di autonomia della personalità, esasperata dalla situazione del transfert, ci consentirà di mettere in evidenza le intenzionalità fondamentali dell'Io e di entrare in merito alle antitesi profonde dell'emotività del soggetto, individuando le condizioni storiche della loro drammatizzazione conflittuale.

Autonomia e dipendenza, sicurezza e insicurezza, integrazione e alienazione, autoaffermazione e angoscia, amore e odio, fede e disperazione, venerazione ed esecrazione, elogio e critica, stima e disprezzo, fiducia e sospetto, identificazione e contrapposizione, accettazione e rifiuto, entusiasmo e scoraggiamento ecc., cioè tutti i sentimenti fondamentali che nella loro dialettica originaria puntualizzano l'evoluzione storica della personalità, potranno trovare nella relazione di transfert la loro concreta attualizzazione e la migliore opportunità per la loro analisi e la loro risoluzione dialogica.

Pertanto, precisamente nella situazione del transfert, sarà possibile impostare un piano organico, rigorosamente analitico e formale, dell'intervento psicoterapeutico, evitando i pericoli di una interpretazione disper-

siva e accidentale, quale sarebbe quella condotta su contenuti psichici contingenti, avulsi dall'intenzionalità dell'Io e del suo progetto di autoaffermazione.

Vero è, d'altra parte, che l'analisi del transfert, sistematicamente accentrata sulla problematica caratteriale e sugli atteggiamenti fondamentali dell'Io, non può evitare di porre in crisi lo stesso sentimento di sicurezza della personalità e la fede nella propria autonomia.

Ogni terapeuta caratteriale conosce quali sentimenti di insicurezza, di angoscia, di crisi dell'autostima viva il paziente, quando vengono problematizzati i fondamentali atteggiamenti della sua personalità. Questi sentimenti si traducono di regola anche in sogni tipici, che illustrano situazioni di catastrofi o di minacce incombenti: un edificio imponente sta per crollare, un fiume impetuoso è sul punto di straripare dagli argini, un ladro è penetrato nella casa, un potente ordigno sta per esplodere, animali feroci sono stati posti in libertà, ecc.

Ciò che il paziente teme è lo scatenamento caotico e incoordinato della sua problematica emotiva, assimilata all'immagine degradata e «inferiore» della propria personalità, alla quale egli ha contrapposto un'immagine convenzionale, nella quale riporre la propria sicurezza e la propria dignità.

L'identificazione del proprio Io con questa immagine convenzionale fa sì che egli percepisca il terapeuta come un attentatore al proprio equilibrio interiore ogni qual volta l'analisi ne metta in luce il carattere fittizio e contraddittorio.

In effetti, *ogni tratto di carattere corrisponde alla formula risolutiva di una condizione problematica vissuta dalla personalità, anzi è un metodo, cui il soggetto si affida per l'ordinamento della propria esperienza: esso è pertanto assunto dal soggetto come una norma pratica della ragione, cui egli intenderebbe attribuire un valore di universalità aproblematica e ipostatizzata* (1, 14).

Il tratto di carattere, in questa prospettiva, si configura in una dimensione sacrale, che l'analista minaccerebbe di profanare.

È evidente, pertanto, come l'analisi accentrata sulle difese caratteriali comporti un'esasperazione dei più profondi e originari sentimenti di inferiorità del paziente, sino all'estremo limite del senso angoscioso della perdita della propria autonomia, della propria razionalità, del proprio autocontrollo.

Egli avverte che le formule normative e organizzative su cui ha riposto la propria razionalità vengono invalidate, mentre nel contempo dispera di trovare una metodica sostitutiva che corrisponda alle proprie intime esigenze.

In tali condizioni, l'analista è percepito dal paziente come un nemico che gli sottrae i sistemi di sicurezza di cui dispone, senza peraltro garantirgli una valida alternativa.

Questa crisi della relazione di transfert è peraltro funzionale, nella misura in cui il terapeuta, limitandosi a forme di intervento puramente

formali, può dimostrare al paziente che le sue reazioni ostili si rivolgono contro la sua stessa più profonda esigenza autocritica, che, nell'atto stesso in cui svela storicamente la pseudorazionalità degli stereotipi caratteriali, rende impossibile la loro immediata identificazione con l'Io.

In questo senso, uno dei principali problemi dell'analisi terapeutica sarà precisamente rappresentato dalla possibilità del paziente di accettare la propria stessa esigenza autocritica e di identificare con essa il proprio Io più autentico, negando la validità della propria identificazione con gli stereotipi caratteriali nei quali ha riposto, fittiziamente, i suoi sentimenti di valore e di sicurezza.

4. ANALISI ED EMPATIA IN UN INQUADRAMENTO DIALETTICO DELLA PSICOTERAPIA ANALITICA

È evidente che, poiché nell'analisi caratteriale le contraddizioni fondamentali della personalità giungono al più alto grado di drammatizzazione, il problema dell'atteggiamento emotivo dell'analista non potrà essere semplice.

È altrettanto evidente che questo problema si ricollegherà direttamente ai temi dell'empatia e del controtransfert che, nel quadro di un trattamento analitico, non potranno mai essere semplicemente sottintesi (né tanto meno ignorati), ma dovranno sempre essere considerati come oggetto integrante di esplicitazione critica, nell'ambito del dialogo terapeutico.

A questo proposito, non sarà possibile neppure ignorare come lo psicoterapeuta analitico si trovi, sul piano operativo, di fronte a una fondamentale contraddizione: in effetti se, da un lato, l'atteggiamento empatico dell'analista deve essere considerato come la condizione essenziale per una concreta comprensione della problematica vissuta dal paziente, dall'altro non è meno vero che un sereno atteggiamento riflessivo è altrettanto indispensabile per un lavoro autenticamente analitico, che consenta di obiettivare, nei suoi termini reali, la situazione conflittuale del paziente, preservandola da qualsiasi interferenza derivante dall'emotività del terapeuta.

Questa contraddizione potrà risolversi soltanto quando si tenga presente che l'atteggiamento empatico richiesto per una terapia analitica non potrà mai concepirsi come una diretta adesione del terapeuta ad alcuno dei particolari atteggiamenti emotivi che via via, spesso in modo contraddittorio, il paziente verrà ad esprimere nel corso del trattamento, bensì dovrà assumere un carattere a sua volta dialettico e formale, in quanto disposizione non solo ad accettare, in tutta la complessa gamma delle sue determinazioni, la contraddittorietà dei sentimenti umani, ma anche a comprendere, intellettualmente ed emotivamente, la profonda funzionalità e il significato concreto di tale contraddittorietà.

Su tale base, sarà possibile pervenire a una forma di empatia che non contraddica e non pregiudichi la logica del trattamento analitico e la sua impostazione sistematica: la partecipazione emotiva dell'analista potrà es-

sere autenticamente onnicomprensiva non quando si ridurrà a una immediata identificazione con una particolare posizione emotiva del paziente, ma soltanto se si manterrà aperta a tutte le possibili implicazioni e correlazioni che, sul piano dialettico, ogni sentimento, spesso contraddittoriamente, svilupperà nel suo rapporto con tutti gli altri sentimenti.

In questa prospettiva, saranno anche possibili una migliore comprensione e un più adeguato controllo delle reazioni transferali del paziente e del correlativo controtransfert dell'analista: in effetti, poiché la condizione della personalità nevrotica è caratterizzata dalla mancata risoluzione dialettico delle antitesi fondamentali della personalità, non potrà meravigliare che ogni identificazione empatica dell'analista con un atteggiamento psichico particolare del suo paziente comporterà nell'animo di quest'ultimo una violenta reazione di rifiuto transferale allorché nel suo animo insorgerà un atteggiamento psichico antitetico al primo.

Sarà pertanto di importanza fondamentale che l'analista sostenga la propria disposizione empatica con la consapevolezza della essenziale universalità e funzionalità delle contraddizioni immanenti alla psichicità umana: soltanto attraverso la chiara coscienza che tale contraddittorietà non è stigmata peculiare del nevrotico, ma è determinazione costitutiva del dialettismo psichico e, quindi, del suo stesso Io, l'analista potrà pervenire alla forma di identificazione empatica più corrispondente ai suoi compiti terapeutici.

* * *

Pubblichiamo volontieri questa interessante comunicazione di Gian Giacomo Giacomini, non appartenente alla nostra scuola e gradito ospite del nostro Congresso. In questa sede le sue ipotesi valgono come utilissimo termine di confronto e aderiscono perciò alle motivazioni del Congresso.

Dobbiamo però precisare che l'Autore presenta una propria «lettura» del pensiero adleriano, che a volte non riflette la reale impostazione individualpsicologica. Ci limitiamo a un esempio. La dottrina adleriana non può essere considerata una psicologia dell'Io, in quanto non ammette l'Io, ma considera una psiche unitaria nel cui ambito agiscono dinamismi consci e inconsci, interagenti e soggetti a continua osmosi. In tale ottica, il sentimento di affermazione della personalità (ancora per esemplificare) non può essere considerato una produzione dell'Io, poiché si esprime sia a livello conscio che inconscio. (N.d.R.)

NOTA BIBLIOGRAFICA

(1) ADLER A.: « Il temperamento nervoso », trad. it., Newton Compton, Roma, 1971.

(2) ADLER A.: « Psicologia individuale e conoscenza dell'uomo », trad. it., Newton Compton, Roma, 1975.

(3) ADLER A.: « Prassi e teoria della Psicologia individuale », trad. it., Newton Compton, Roma, 1970.

(4) ADLER A.: « Cos'è la Psicologia Individuale », trad. it., Newton Compton, Roma, 1975.

(5) ANSBACHER H.-R.: « The Individual Psychology of Alfred Adler - A systematic presentation in selections from his writings », Basic Books Inc., New York, 1956.

(6) FENICHEL O.: « Problemi di tecnica psicoanalitica », trad. it., Boringhieri, Torino, 1974.

(7) FENICHEL O.: « Trattato di Psicoanalisi », trad. it., Astrolabio, Roma, 1951.

(8) FREUD S.: « Al di là del principio del piacere », trad. it., in: Opere complete IX, Boringhieri, Torino, 1977.

(9) FREUD S.: « Vie della terapia psicoanalitica », trad. it., in: Opere complete IX, Boringhieri, Torino, 1977.

(10) FREUD S.: « Introduzione alla psicoanalisi » (Nuova serie di lezioni », trad. it., in: Opere complete XI, Boringhieri, Torino, 1977.

(11) GIACOMINI G.G.: « Sul concetto di istinto nella psicoanalisi freudiana », in: « Neuropsichiatria », A. XVII, fasc. 4, 1961.

(12) GIACOMINI G.G.: « I fondamenti teoretici della psicologia contemporanea, Saggio di psicologia critica », vol. I, Sabatelli, Savona, 1969.

(13) GIACOMINI G.G.: « La psicologia è una scienza umana? », Quaderni dell'Istituto per le Scienze Psicologiche e la Psicoterapia Sistematica di Genova, Sabatelli, Genova, 1976.

(14) GIACOMINI G.G.: « Psicologia sistematica e metodo dialettico, Lezioni propedeutiche per una epistemologia della psicologia », La Nuova Scienza, Genova, 1980.

(15) JASPERS K.: « Psicopatologia generale », trad. it., Il Pensiero Scientifico, Roma, 1964.

(16) JUNG C.G.: « La psicologia del transfert », trad. it., Il Saggiatore, Milano, 1962.

(17) RAPAPORT D.: « Struttura della teoria psicoanalitica », trad. it., Boringhieri, Torino, 1975.

(18) REICH W.: « Analisi del carattere », trad. it., Sugar, Milano, 1973.

(19) STERBA R.: « The Fate of the Ego in Analytic Therapy », Int. J. Psycho-Analysis, vol. XV, 117-26, 1934.

(20) WOLMAN B.L. e Coll.: « Manuale delle tecniche psicoanalitiche e psicoterapeutiche », trad. it., Astrolabio, Roma, 1974.

GIAN GIACOMO GIACOMINI

LA FIGURA DELLO PSICOTERAPEUTA ANALITICO E IL PROBLEMA DELLA ISTITUZIONALIZZAZIONE DELLA SUA FORMAZIONE CULTURALE E PROFESSIONALE

1. LA PSICOTERAPIA ANALITICA E IL PROBLEMA DELLA SUA FONDAZIONE EPISTEMOLOGICA

Malgrado sia stato più volte dibattuto da parte di studiosi autorevoli, il problema della formazione culturale e professionale dello psicoterapeuta non ha trovato, ancora ai nostri giorni, una adeguata soluzione.

Ad una analisi rigorosa, tale situazione risulta imputabile soprattutto all'incerta fondazione epistemologica che la psicoterapia condivide con tutte le discipline psicologiche, in generale (10). (**)

A questo proposito, è necessario anzi rilevare come la psicoterapia, dal punto di vista teoretico, dovrebbe poter dedurre da tali discipline i propri principi concettuali e metodologici: tale deduzione si presenta peraltro sin dagli inizi problematica, dal momento che tali discipline non sembrano avere ancora superato gli equivoci del dualismo metodologico che contrappone le scienze naturali alle scienze umane, e che troviamo alle origini delle ambiguità concettuali della psicologia contemporanea (12).

Il problema della fondazione epistemologica si impone in termini inderogabili nell'ambito di quegli *orientamenti psicoterapeutici che in qualsiasi forma riconoscono nel tema della personalità autonoma l'autenticità di ogni problematica psicologica* (11).

Com'è noto, questi orientamenti, dal punto di vista metodologico, vengono a trovarsi in posizione antitetica rispetto alle psicologie fondate sul riduzionismo radicale (fisicalistico, behavioristico, operazionistico, psicofisiologico, psicobiologico, ecc.), per il quale la metodologia delle scienze psicologiche dovrebbe risolversi integralmente nell'empirismo positivistico, nel naturalismo e nel matematismo.

In effetti, il punto di vista riduzionistico, in quanto risolve in senso artificiosamente monistico il problema metodologico delle discipline psico-

(**) I numeri tra parentesi rinviano alla nota bibliografica al termine dell'articolo.

logiche, si astrae da ogni autnetica problematica psicologica (è noto come il behaviorista radicale B.F. Skinner assuma come ideale programmatico della propria posizione dottrinaria la formula della cosiddetta «abolizione dell'uomo») (20).

In tal modo, la stessa psicoterapia viene concepita come una semplice operazione psicotecnica (studio dei metodi di condizionamento per la modifica del comportamento; sostituzione di abitudini e di automatismi comportamentali «dannosi» o «inutili» con automatismi più «soddisfacenti» e meglio «adattati»).

In una simile prospettiva, lo statuto della psicoterapia come scienza umana è respinto a priori a favore di una integrale tecnicizzazione naturalistica, dal momento che viene rifiutata ogni autenticità del tema della personalità interiore e della sua autonomia, a vantaggio di una visione puramente esteriorizzata e automatizzata del comportamento.

L'autentico problema epistemologico della psicoterapia, in quanto professione le cui matrici culturali siano inseparabili dalle scienze umane (e, pertanto, non siano riducibili al puro naturalismo), non può essere viceversa ignorato da tutte quelle dottrine e scuole psicoterapeutiche che, esplicitamente o implicitamente, riconoscono come condizione essenziale, per l'attuazione di un autentico processo psicoterapeutico, il *principio ideale dell'autonomia della personalità umana.*

Questo principio comporta, *in primo luogo*, che la metodologia dell'atto psicoterapeutico non possa né debba fondarsi, sotto qualsiasi forma, su una relazione di dipendenza che, spontaneamente o intenzionalmente (per induzione da parte del terapeuta), possa instaurarsi nell'interiorità del paziente nei confronti del suo terapeuta, bensì debba porre come sua norma fondamentale il *pieno rispetto della spontaneità interiore del paziente stesso.*

La guarigione del paziente dai suoi sintomi dovrà risultare, al termine della terapia, non come la conseguenza di un ammaestramento, di un allenamento, di una suggestione o comunque di un intervento pedagogico positivo (coercitivo, persuasivo, anaclitico, normativo o integrativo) della personalità del terapeuta sulla personalità del paziente, bensì come *la piena attualizzazione e integrazione di tutte le determinazioni fondamentali della personalità del paziente stesso, sia come spontaneità emotiva, sia come riflessione razionale e normativa.*

Il seguente giudizio di S. Freud appare, al riguardo, esemplare (9):

«Noi ci siamo decisamente rifiutati di fare del malato che si mette nelle nostre mani in cerca di aiuto una nostra proprietà privata, di decidere del suo destino, di imporgli i nostri ideali e, con l'orgoglio del creatore, di plasmarlo a nostra immagine e somiglianza per far piacere a noi stessi... *il malato non deve essere educato ad assomigliarci, ma a liberarsi e realizzare compiutamente la sua stessa natura.*»

Ne risulta che una psicoterapia cosí fondata si distinguerà nettamente non solo da quelle tecniche terapeutiche che (come quelle behavioristiche cui si è accennato) fanno astrazione dalla problematica dell'interiorità del

paziente, ma anche da quelle metodiche che (come i procedimenti suggestivi quali l'ipnosi, o come i procedimenti anaclitici, direttivi e normativi), pur riconoscendo l'importanza dell'esperienza interiore, se ne avvalgono per indurre uno stato di sudditanza del paziente nei confronti del terapeuta, assunto come figura normativa, come suprema autorità, o come modello ideale di identificazione.

Gli orientamenti psicoterapeutici fondati sul principio dell'autonomia della personalità del paziente possono essere giustamente definiti (partendo dal primo modello freudiano) come «analitici», nel senso che, nell'ambito del trattamento, il terapeuta non apporta alcun contenuto personale (né attraverso suggestioni emotive, né attraverso argomentazioni razionali) ma si limita a *interventi puramente formali*, che orientino il paziente verso *una chiarificazione spontanea e una esplicitazione critica dei suoi contenuti conflittuali e delle sue intime contraddizioni.*

È evidente che una simile impostazione presuppone, da parte del terapeuta, una *fiducia illimitata nella possibilità di maturazione spontanea della personalità del paziente*, sia come capacità di acquisire una chiara visione critica della sua emotività profonda, sia come possibilità di questa emotività, una volta liberata dai limiti di una pseudorazionalità coercitiva, di evolvere e di integrarsi in una forma più autentica di razionalità e normatività.

Ne consegue che, *in secondo luogo*, ogni stato di dipendenza che, nell'ambito di un consimile trattamento psicoterapeutico, venisse a determinarsi tra paziente e terapeuta (pur indipendentemente e contro le intenzioni del terapeuta stesso), dovrà a sua volta essere rigorosamente analizzato, come condizione imprescindibile per la piena attuazione, da parte del paziente, del proprio ideale di autonomia.

In tali termini viene ad inquadrarsi la situazione del *transfert*, la cui risoluzione critica è unanimemente considerata come il requisito fondamentale di ogni psicoterapia ad orientamento analitico.

Pertanto, *in terzo luogo*, si può affermare che, conformandosi a un modello rigorosamente analitico e formale, la psicoterapia può anche aspirare a una *fondazione sistematica*, nella misura in cui l'intervento terapeutico, non risultando condizionato dalle contingenze del rapporto paziente-analista (come può essere una richiesta di dipendenza immediata da parte del paziente o un'esigenza di autoaffermazione, non meno immediata, da parte dell'analista) si riproponga di *obiettivare il processo storico di formazione della personalità secondo la logica della sua intrinseca costituzione.*

In quanto si identifichi con la stessa legge che regola la formazione storica della personalità, *la logica dell'atto psicoterapeutico non potrà essere che dialettica*: essa si svilupperà nell'ambito delle antitesi fondamentali dell'Io, quale si costituisce nella contrapposizione tra soggetto-oggetto, autonomia-dipendenza, interiorità-esteriorità, sentimento-razionalità, identità-alterità, egocentrismo-socialità, individualità-universalità, ecc.

È opportuno sottolineare che la dialettica di queste antinomie e le loro vicende storiche fondamentali, sia nella costituzione della personalità

che nello sviluppo del processo psicoterapeutico, è riconosciuta, più o meno esplicitamente, da tutte le principali dottrine psicoterapeutiche ad orientamento analitico (basterà ricordare l'antitesi Es-Io in S. Freud, l'antinomia tra sentimento di inferiorità e volontà di potenza in A. Adler, il processo di individuazione in C.G. Jung, la problematica della trascendenza nelle dottrine fenomenologico-esistenzialiste di K. Jaspers, M. Heidegger, L. Binwanger, M. Boss ed altri).

Nella misura in cui tali caratteristiche fondamentali sono condivise dalle diverse dottrine della psicoterapia analitica, la nostra scuola di psicoterapia dialettica sistematica è persuasa che, al di là delle divergenze contingenti, sia oggi possibile individuare, nell'ambito di tali dottrine, un fondamento culturale comune che, anche quando non sempre si traduca, sul piano teoretico, in una concettualizzazione adeguata, trova modo pur sempre di esplicarsi sul piano pratico e applicativo.

Nella psicoanalisi freudiana, per esempio, la matrice positivistico-naturalistica è stata dominante nella formulazione della teoria sin dalle sue prime origini; tuttavia è innegabile che, sul piano pratico, il rapporto paziente-terapeuta sia stato tipicamente impostato secondo il principio dialogico, che presuppone la spontaneità interiore del paziente stesso.

Inoltre, anche sul piano teoretico, ormai da tempo la scuola freudiana si è avviata verso una concezione nel processo psicoterapeutico accentrata sulla problematica dell'Io, concepito non più come un puro sistema automatico di difesa, ma, anche e soprattutto, come atteggiamento riflessivo (significativi, al riguardo, i contributi di W. Reich, R. Sterba, O. Fenichel, H. Hartmann, e altri) (6, 18, 21).

In tema di psicologia dell'Io (*), il contributo della dottrina di A. Adler è stato senza dubbio essenziale e precorritore (1, 2).

La sua impostazione fondamentalmente pragmatistica la preserva dalle pregiudiziali di ordine naturalistico e ontologico-metafisico. In effetti, essa consente allo psicoterapeuta di non perdere mai di vista ciò che, nella relazione col paziente, concretamente caratterizza l'esperienza psicologica, in quanto intenzionalità dell'Io che si individua attraverso la dialettica tra un sentimento fondamentale di inferiorità e l'aspirazione a costituire un progetto di vita atto a neutralizzare tale inferiorità originaria.

Per quanto concerne le dottrine di ispirazione junghiana e fenomenologico-esistenzialista, è evidente l'importanza primaria da esse assegnata alla problematica dell'interiorità soggettiva e delle sue contraddizioni, pur nei limiti di una impostazione dottrinaria fondata sul principio ontologico-metafisico della trascendenza.

Nell'attuale momento storico, nessuno dei contributi teoretici delle principali scuole psicoterapeutiche può essere ignorato, ai fini di una completa formazione culturale dello psicoterapeuta.

Occorre inoltre sottolineare come le formulazioni dottrinarie delle di-

---

(*) Vedasi al riguardo la nostra nota redazionale al termine della precedente comunicazione del Giacomini (N.d.R.).

verse scuole di psicoterapia presuppongano, in ogni caso, una impostazione di ordine epistemologico, la cui esplicitazione sistematica dovrebbe considerarsi auspicabile e, anzi, necessaria, agli effetti di una chiara consapevolezza critica sia della posizione che l'operatore psicoterapeuta occupa sul piano culturale, sia delle modalità secondo le quali egli svolge la sua opera professionale.

2. FORMAZIONE TEORETICO-CULTURALE E FORMAZIONE PROFESSIONALE DELLO PSICOTERAPEUTA ANALITICO NEI LIMITI DELLE ATTUALI STRUTTURE DIDATTICHE

D'altra parte, è ben noto come, attualmente, i corsi di formazione dello psicoterapeuta analitico non siano esenti da carenze sostanziali, soprattutto per quanto concerne la preparazione teoretico-culturale.

Innanzi tutto, è generalmente riconosciuto che nel quadro delle istituzioni accademiche statali non esistono al momento presente strutture didattiche idonee per la formazione di psicoterapeuti ad orientamento analitico. In tali condizioni, le sole strutture didattiche che siano in grado di garantire i requisiti minimi per la formazione professionale di questo tipo di psicoterapeuta sono rappresentate da alcuni Istituti privati dove, abitualmente, la preparazione dell'allievo è quasi esclusivamente accentrata sulla *didattica di tirocinio*, rappresentata, di regola, da:

a) *un corso di tirocinio propedeutico (o analisi personale)*;

b) *un corso di tirocinio clinico (o analisi di controllo*, durante la quale il candidato viene avviato all'esercizio della pratica terapeutica sotto la guida di un supervisore).

Per quanto concerne la preparazione teorico-culturale, accade peraltro che, non di rado, ogni scuola impartisca all'allievo un *insegnamento soltanto nozionistico e dogmatico, basato esclusivamente sul pensiero del maestro fondatore, senza un adeguato approfondimento critico. Manca di solito un confronto sistematico col pensiero delle altre scuole, né viene chiarito, soprattutto, il significato epistemologico delle dottrine psicoterapeutiche nel quadro storico del pensiero umano.*

In queste condizioni, risulta praticamente impossibile che lo psicoterapeuta possa acquisire una chiara coscienza critica della posizione metodologica della psicoterapia, nel suo rapporto sia con le scienze umane che con le scienze naturali.

Non è possibile ignorare come, *in assenza di una completa formazione epistemologica, anche lo psicoterapeuta analitico, non meno del behaviorista o dell'ipnotista, rischi di decadere da un'autentica qualificazione non solo culturale, ma anche professionale, per collocarsi a un livello puramente psicotecnico.*

In effetti, per quanto accurati e prolungati possano essere i corsi del tirocinio pratico (nelle due distinte modalità, propedeutica e clinica), sarebbe arduo affermare che essi possano rendere superflua un'approfondita istruzione teoretico-culturale.

Restando acquisito che tali corsi di tirocinio, secondo entrambe le modalità, devono ormai essere riconosciuti come parte integrante e indefettibile della didattica psicoterapeutica, è da dubitarsi che essi possano bastare, da soli, a conferire una compiuta maturità critica al candidato.

È evidente che, in assenza di un'adeguata istruzione teorica, la formazione dello psicoterapeuta è destinata a restare necessariamente unilaterale.

Inoltre, è possibile verificare come, quando risulti carente la coscienza critica e metodologica del candidato, si presenti per lui il rischio di una mitizzazione dell'esperienza del tirocinio, considerata come evento magicamente onnirisolutivo e onnicomprensivo. In certi casi, in tale mitizzazione si possono riconoscere i caratteri di una intenzionalità compensatoria o addirittura sostitutiva di esigenze teoretico-culturali rimaste inappagate.

Molti significativi esponenti delle principali scuole di psicoterapia analitica hanno in vario modo denunciato le carenze culturali degli attuali corsi di formazione dello psicoterapeuta, mettendo in rilievo come esse comportino una crisi di identità della figura dello psicoterapeuta sul piano scientifico, oltre che negative conseguenze sulla stessa pratica psicoterapeutica.

Nell'ambito della scuola freudiana, ad esempio, D. Rapaport ha autorevolmente segnalato come la mancanza di una sistematizzazione teoretica si traduca nella frammentarietà e nel dogmatismo delle formulazioni concettuali, mentre il divorzio tra teoria e pratica e la preferenza accordata a quest'ultima non giovino né alla qualificazione culturale dello psicoterapeuta, né alla sistematicità e all'efficienza della sua opera sullo stesso piano clinico (17).

Nell'ambito delle scuole a orientamento fenomenologico, K. Jaspers (14) ha sottolineato, in particolare, le sostanziali limitazioni di una formazione psicoterapeuta e psicopatologica del medico nell'ambito delle istituzioni accademiche tradizionali, mentre C. Rogers ha a sua volta lamentato senza mezzi termini il caos dottrinario esistente nel campo psicoterapeutico (19).

Tra i contributi più recenti, nati dal dibattito attualmente in corso sulla possibilità di conferire un'identità istituzionalizzata alla figura dello psicoterapeuta analitico, sia sul piano didattico che sul piano professionale, meritano una particolare attenzione, per la scuola adleriana, l'articolo di F. Parenti e P.L. Pagani sul tema: «Formazione e pseudoformazione dello psicoterapeuta analitico» (16) e, per la scuola freudiana, l'articolo di F. Fornari «Per una psicologia laica» (7).

Entrambi questi articoli rilevano la ben nota inefficienza delle attuali strutture didattiche universitarie ai fini di una formazione dello psicoterapeuta a orientamento analitico.

In particolare, il lavoro di F. Parenti e P.L. Pagani svolge un accurato esame delle caratteristiche e dei limiti specifici dei diversi corsi di studio che, nell'ambito di tali strutture, impartiscono all'allievo, sotto varie forme, un insegnamento di ordine psicologico (laurea in medicina e chirurgia, laurea in psicologia, laurea in filosofia e pedagogia con indirizzo psicologico, scuole di specializzazione per medici in psichiatria, neuropsi-

chiatria, o psicologia, scuole di specializzazione in psicologia per laureati umanistici).

Sulla base di tale esame, gli AA. pervengono alla motivata conclusione che «nessun detentore di diplomi rilasciati dalle università italiane è, solo in base a questi titoli, in grado di esercitare la psicoterapia analitica con garanzie di non pericolosità e di efficacia».

Questa conclusione critica risulta acquisita soprattutto sulla base della riconosciuta insufficienza delle suddette strutture a impartire un'adeguata preparazione nel campo della psicopatologia e della psicoterapia clinica, mentre più moderato appare il giudizio per quanto concerne la formazione teorico-culturale.

Sembra del resto che gli autori, conformandosi in ciò all'orientamento didattico tradizionale delle scuole di psicoterapia analitica, non annettano un'importanza primaria alla preparazione teorico-culturale del futuro terapeuta, ma considerino essenziale, agli effetti della formazione, soltanto la esperienza del tirocinio personale, come addestramento diretto ai vissuti del transfert e del controtransfert.

È ben vero che viene considerata indispensabile una «conoscenza perfezionata della psicologia del profondo, con particolare sviluppo dell'indirizzo per cui l'operatore ha optato», ma sarebbe da precisare se si ritiene che questa «perfezionata» conoscenza possa conseguirsi, anche senza una adeguata preparazione epistemologica che consenta all'allievo di acquisire una conoscenza critica delle forme di concettualizzazione e dei principi metodologici adottati nell'ambito dei diversi sistemi dottrinari della psicologia e della psicoterapia.

Per quanto ci riguarda, è convinzione della nostra scuola che una simile preparazione epistemologica sia indispensabile per la formazione dello psicoterapeuta analitico, a qualsiasi scuola egli appartenga. Tale preparazione non potrebbe prescindere, in ogni caso, da uno studio approfondito delle relazioni intercorrenti tra la problematica delle scienze umane e quella delle scienze naturali, così come non potrebbe ignorare la vicenda storica delle conoscenze psicologiche, nel loro rapporto con le conoscenze filosofiche, pedagogiche, storiche, politico-sociali.

Restando intangibili e ineccepibili le ragioni che hanno indotto le diverse scuole di psicoterapia analitica a introdurre nei loro corsi di formazione, secondo i rispettivi orientamenti dottrinari, l'istituzione del tirocinio personale e clinico, appare non meno indubitabile la necessità di evitare che, in pratica, a tale tirocinio si riduca tutta la formazione del candidato psicoterapeuta, con tutte le conseguenze negative cui più sopra si è accennato.

3. FORMAZIONE PROPEDEUTICA TEORETICO-CULTURALE DELLO PSICOTERAPEUTA ANALITICO E POSSIBILITÀ DI ISTITUZIONALIZZAZIONE PUBBLICA DI UNA DIDATTICA EPISTEMOLOGICA APERTA

A questo proposito, occorrerebbe anzi rilevare come gli stessi Istituti privati di psicoterapia analitica, non meno delle strutture didattiche pubbliche con programmi di insegnamento psicologico, presentino non lievi carenze per quanto concerne l'istruzione teorico-culturale del futuro psicoterapeuta (giova sempre ricordare, al riguardo, le osservazioni critiche di D. Rapaport, K. Jaspers, C. Rogers e altri).

È necessario peraltro sottolineare come, in ragione di una più matura e diretta esperienza nel campo della concreta problematica psicologica e psicoterapeutica, proprio questi Istituti privati (assai più delle attuali strutture accademiche statali) possono essere considerati qualificati a valutare tutta l'importanza di una compiuta preparazione teoretica del candidato psicoterapeuta.

Essi, di conseguenza, si presentano anche come la sede più idonea per lo studio, il dibattito e le proposte di un progetto adeguato alla soluzione di tale problema didattico.

Il citato contributo di F. Fornari potrebbe sembrare in qualche modo intenzionato a interpretare tale esigenza di garantire una formazione teoretico-culturale dello psicoterapeuta, nella misura in cui avanza la proposta di istituzionalizzare, a livello pubblico, strutture didattiche finalizzate a un simile compito.

Tale proposta si presenta peraltro viziata da sostanziali limitazioni (ben individuate nella già citata relazione Parenti-Pagani), in quanto mostra di considerare una simile istituzionalizzazione pubblica della formazione teoretico-culturale non già come una propedeutica generale nel campo della epistemologia della psicologia, bensì come una formula didattica in grado di porsi come alternativa a quella formazione di tirocinio, propedeutico e clinico, che tutte le principali scuole di psicoterapia analitica, ormai da tempo, giudicano invece insostituibile.

Oltre agli equivoci ed agli inconvenienti (chiaramente illustrati, nel loro lavoro, dai due autori adleriani) cui darebbe luogo, sul piano della formazione tecnico-professionale, un'impostazione come quella proposta dal Fornari, occorre anche segnalare le gravi limitazioni didattiche che essa presenta sullo stesso piano dell'istruzione teoretico-culturale.

In ultima analisi, il Fornari, nella sua proposta, mostra di auspicare che l'istituzionalizzazione pubblica dell'istruzione teoretico-culturale dello psicoterapeuta analitico venga limitata esclusivamente non solo alla matrice dottrinaria del freudismo, ma, per giunta, a una particolarissima corrente che di recente si è costituita nell'alveo della scuola freudiana e che, inoltre, in seno a questa stessa scuola, si trova al centro di vivaci polemiche e di recise opposizioni.

Ci riferiamo, come tutti possono capire, al tentativo di una «reinterpretazione» del freudismo secondo i canoni saussuriani di una linguistica strutturalistica riduzionistica, di cui per primo si è fatto promotore, in Francia, J. Lacan, e che sembra trovare attualmente nel Fornari un convinto sostenitore.

La posizione del Fornari si presenta senza dubbio emblematica, perché dimostrativa dei paradossi e dei dogmatismi cui può dar luogo una impostazione epistemologica particolaristica, non solo nei rapporti fra le diverse scuole di psicoterapia analitica, ma perfino nell'ambito di una stessa scuola.

In effetti, dal punto di vista di un'analisi epistemologica, è ben vero che il corpo dottrinario freudiano è suscettibile *anche* di una interpretazione linguistica di ordine strutturalistico (almeno per quanto concerne la prima fase di elaborazione del sistema, che sottolinea l'importanza del *punto di vista topico*); tuttavia, non è meno vero che tale dottrina è anche (e ben più a ragione) interpretabile, sul piano teoretico, nei termini di un funzionalismo riduzionistico (tanto è vero che proprio questa interpretazione risulta adottata dai più significativi interpreti freudiani, come O. Fenichel, cui, se non andiamo errati, si attengono, sostanzialmente, sul piano della didattica teoretica, le scuole psicoanalitiche che si proclamano garanti dell'ortodossia freudiana).

Accade così che quando il Fornari parla di una teoria del linguaggio da applicarsi all'analisi terapeutica, egli, unilateralmente, mostra di voler dare per scontato che essa non possa fondarsi altrimenti che sulla particolare epistemologia dello strutturalismo riduzionistico (o anche, sotto certi aspetti, integrazionistico), astraendosi arbitrariamente da ogni altra possibile fondazione epistemologica dell'atto linguistico (in senso funzionalistico, dialettico, ecc.).

Crediamo opportuno precisare che questa sommaria analisi della posizione del Fornari ha un intento fondamentalmente esemplificativo, perché è evidente che la problematica della fondazione teoretica non è esclusiva della scuola psicoanalitica, ma interessa ugualmente anche tutte le altre scuole di psicoterapia analitica, per ognuna delle quali *il conseguimento di una precisa identità culturale non potrà prescindere da una esplicitazione critica delle implicazioni metodologiche inerenti alle rispettive formulazioni dottrinarie.*

È evidente che un simile impegno critico presuppone l'adozione, nella didattica (come pure nella ricerca), di *una impostazione epistemologica che non sia in nessun senso preclusiva o riduttiva, particolaristica o dogmatica, ma sia comprensiva di tutte le possibili formule interpretative.*

Soltanto partendo da tali premesse sarà possibile la costituzione di strutture didattiche che garantiscano al futuro psicoterapeuta *una formazione epistemologica aperta ai contributi di tutte le scuole, tale da consentirgli una scelta responsabile sia della sua identità culturale, sia della sua qualificazione professionale.*

Si può anche ipotizzare che consimili strutture didattiche possano essere costituite nell'ambito delle istituzioni accademiche statali, come pure tale costituzione potrebbe essere auspicata quale risultato di un'intesa tra

tutte quelle scuole di psicoterapia analitica che riconoscessero in qualche modo la necessità, per i loro allievi, di una adeguata istruzione epistemologica propedeutica.

Ciò che tuttavia importa sottolineare è che in seno a strutture didattiche così programmate nessuna preclusione e nessun esclusivismo potrebbero essere in alcun modo ammessi, né tanto meno istituzionalizzati, senza che per ciò stesso ne restasse invalidata la ragione di essere di tali strutture stesse.

È presumibile che dalla costituzione di strutture didattiche rispondenti ai criteri sopra esposti sarebbe possibile attendersi apprezzabili vantaggi non solo per la cultura e la professionalità dei futuri psicoterapeuti ma anche per il perfezionamento scientifico delle scuole che si facessero promotrici di una simile iniziativa.

In effetti, ogni scuola che fosse impegnata nell'attuazione di un tale programma didattico, si troverebbe anche nelle migliori condizioni per:

a) *approfondire, attraverso il costante confronto con le metodologie di altre scuole, la propria problematica epistemologica;*

b) *differenziare, secondo criteri sistematici, le proprie materie di insegnamento.*

Conseguentemente, sarebbe possibile anche registrare un miglioramento del livello speculativo delle diverse scuole, la cui complessiva produzione scientifica presenta non di rado, al giorno d'oggi, non trascurabili carenze, per quanto concerne sia l'originalità dottrinaria, sia lo spirito metodico e critico.

Inoltre, in relazione con la necessità di una organica programmazione didattica, le diverse scuole si troverebbero motivate a ripartire e riordinare sistematicamente i rispettivi corpi dottrinari nel quadro di un piano di studi articolato secondo ben individuate materie di insegnamento (psicologia teoretica, storia della psicologia umanistica, psicologia sistematica, teoria della personalità, psicopedagogia, psicopatologia generale e speciale, ecc.).

Un tale lavoro di riordinamento incrementerebbe la sistematizzazione e la critica metodologica, inducendo ogni scuola a verificare in modo differenziato la rispondenza dei propri contributi nei confronti delle specifiche problematiche inerenti alle diverse discipline psicologiche e psicopatologiche.

Un'impostazione problematica dei diversi temi disciplinari gioverebbe a emendare le diverse scuole dai pericoli di un'ottica particolaristica, incline a ridurre i contenuti psicologici significativi esclusivamente a quelli proposti dalla dottrina del maestro fondatore.

Inoltre, nel caso che un simile progetto didattico fosse realizzato a livello delle istituzioni accademiche pubbliche, esso potrebbe apportare

c) *un contributo efficace anche per la risoluzione di quella dicotomia tra psicologia e psicoterapia,* che è oggi al centro di tante insolubili polemiche.

L'istituzione di un biennio propedeutico di istruzione epistemologica potrebbe rappresentare la base più valida per una qualificazione culturale anche per quegli operatori che, pur essendo orientati verso campi applicativi di ordine psicotecnico o sperimentale, tuttavia aspirassero a conseguire un livello professionale e non semplicemente tecnicistico o settoriale.

Per tali operatori psicotecnici i corsi propedeutici di istruzione epistemologica potrebbero essere limitati alla durata di 1-2 anni, mentre per i candidati alla psicoterapia analitica tali corsi non dovrebbero essere di durata inferiore ai 2 o 3 anni.

È sottointeso che tali corsi di propedeutica epistemologica dovrebbero essere inseriti in strutture didattiche ben diverse da quelle istituite dalle nostre attuali facoltà di psicologia.

È altrettanto ovvio che l'istituzionalizzazione pubblica dei corsi di formazione epistemologica propedeutica dovrebbe essere considerata come integrativa e non sostitutiva anche rispetto a quei programmi di istruzione teorica speciale (teoria della psicopatologia e della psicoterapia, seminari clinici) che già attualmente le scuole private di psicoterapia analitica svolgono, a livello professionale, conformemente agli orientamenti dottrinari dei rispettivi maestri fondatori.

Per quanto infine concerne i corsi di tirocinio professionale, essi potrebbero svolgersi nell'ambito delle strutture pubbliche soltanto per quanto concerne la formazione degli psicologi psicotecnici e sperimentali.

Per quanto viceversa attiene specificamente ai corsi di tirocinio propedeutico e clinico dei candidati all'esercizio della professione psicoterapeutica d'orientamento analitico, non si vede, al momento attuale, in quale modo la loro gestione potrebbe essere affidata a istituzioni pubbliche di qualsiasi natura.

In questo settore, la funzione degli istituti privati, nella loro differenziazione secondo le diverse scuole di psicoterapia analitica, resterebbe in ogni caso insostituibile, per le ragioni che queste stesse scuole unanimemente hanno sempre riconosciute come imprescindibili e che riteniamo qui superfluo enumerare, anche perché già trovano nella relazione Parenti-Pagani un'esauriente esposizione.

4. CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE: ISTITUZIONALIZZAZIONE PUBBLICA E PRIVATA DELLE STRUTTURE DIDATTICHE PER LA FORMAZIONE DELLO PSICOTERAPEUTA ANALITICO

A conclusione di queste sommarie osservazioni sulle attuali strutture didattiche, istituite nelle diverse scuole, per la formazione culturale e professionale dello psicoterapeuta analitico, è possibile tracciare un quadro schematico dei diversi livelli dell'istruzione teorica e del tirocinio pratico, secondo quanto illustrato nel prospetto allegato (vedi tab. 1).

Si può affermare che, per quanto attiene alla Sezione B, concernente il piano del tirocinio (nei tre livelli: propedeutico, clinico, di formazione permanente) non sussistano oggi divergenze sostanziali tra le diverse scuole di psicoterapia analitica. Prescindendo dal fatto che i contenuti dottrinari risultano necessariamente differenziati in relazione allo specifico orientamento culturale assunto da ciascuna scuola, l'impostazione formale dei corsi di tirocinio risulta tuttavia sostanzialmente univoca.

In rapporto alla Sezione A, relativa ai corsi di istruzione teoretico-culturale, si possono ugualmente riscontrare sostanziali analogie di impostazione formale per quanto concerne i livelli 2 e 3 (insegnamento del corpo dottrinario del maestro fondatore, esercitazioni e seminari secondo l'orientamento della rispettiva scuola di formazione, corsi di perfezionamento ecc.).

La carenza di un concreto interesse didattico in seno alle diverse scuole sussiste viceversa in rapporto al livello 1 A, relativo all'istruzione epistemologica propedeutica.

Considerata l'importanza fondamentale di tale livello di istruzione ai fini di un'autentica formazione critica dello psicoterapeuta analitico, abbiamo ritenuto opportuno attirare l'attenzione degli studiosi precisamente su questo settore, purtroppo finora trascurato, della didattica psicologica e psicoterapeutica.

È opportuno ribadire che tale settore didattico, concepito come istruzione epistemologica aperta ai contributi di tutte le scuole di psicoterapia analitica, è anche l'unico che possa considerarsi suscettivo di una istituzionalizzazione pubblica, mentre per tutti i restanti settori della didattica psicoterapeutica analitica le istituzioni private appaiono al momento insostituibili.

TAB. 1 - *Schema di piano didattico per la formazione dello psicoterapeuta analitico*

Livello 3: perfezionamento	Istruzione di perfezionamento: Corsi di specializzazione e di aggiornamento Seminari clinici * * * Istit.: privata	Tirocinio di perfezionamento: Formazione clinica permanente Consulenza di supervisione. * * * Istit.: privata
Livello 2: formazione professionale	Istruzione speciale e clinica. Esempi di materie di insegnamento: Psicopatologia speciale Psicodiagnostica clinica Teoria della psicoterapia Seminari clinici (psicopatologia e psicoterapia) * * * Istit.: privata	Tirocinio clinico: Analisi di controllo (supervisione clinica) * * * Istit.: privata
Livello 1: formazione propedeutica	Istruzione propedeutica epistemologica. Esempi di materie di insegnamento: Psicologia teoretica Psicologia sistematica Storia della psicologia umanistica Teoria della personalità Psicopedagogia Psicopatologia generale * * * Ipotesi di istituzionalizzazione pubblica	Tirocinio propedeutico: Analisi personale * * * Istit.: privata
	Sezione A: Istruzione teoretico-culturale	Sezione B: Tirocinio pratico

NOTA BIBLIOGRAFICA

(1) ADLER A.: « Il temperamento nervoso », trad. it., Newton Compton, Roma, 1971.

(2) ADLER A.: « Psicologia individuale e conoscenza dell'uomo », trad. it., Newton Compton, Roma, 1975.

(3) ANSBACHER H.-R.: « The Individual Psychology of Alfred Adler - A systematic presentation in selections from his writings », Basic Books Inc., N. York, 1956.

(4) BALINT M.: « L'analisi didattica », trad. it., Guaraldi, Firenze, 1974.

(5) BINSWANGER L.: « Per un'antropologia fenomenologica », trad. it., Astrolabio, Milano, 1970.

(6) FENICHEL O.: « Problemi di tecnica psicoanalitica », trad. it., Boringhieri, Torino, 1974.

(7) FORNARI F.: « Per una psicologia laica », Tesi congressuali, XVIII Congresso degli Psicologi Italiani, Acireale, 29 ottobre - 2 novembre 1979.

(8) FREUD A.: « L'istituto psicoanalitico ideale: un'utopia », trad. it., in: vol. III delle opere, Boringhieri, Torino, 1965-1975.

(9) FREUD S.: « Vie della terapia psicoanalitica », trad. it., in: Opere complete IX, Boringhieri, Torino, 1977.

(10) GIACOMINI G.G.: « I fondamenti teoretici della psicologia contemporanea, Saggio di psicologia critica », vol. I, Sabatelli, Savona, 1969.

(11) GIACOMINI G.G.: « La psicologia è una scienza umana? », Quaderni dell'Istituto per le Scienze Psicologiche e la Psicoterapia Sistematica di Genova, Sabatelli, Genova, 1976.

(12) GIACOMINI G.G.: « Psicologia sistematica e metodo dialettico. Lezioni propedeutiche per una epistemologia della psicologia », La Nuova Scienza, Genova, 1980.

(13) ISTITUTO A. ADLER DI MILANO (a cura dell'): « Piano di studi per una formazione adleriana preliminare teoretica », in: Rivista di Psicologia Individuale, anno 9, n. 14, maggio 1981.

(14) JASPERS K.: « Psicologia generale », trad. it., Il Pensiero Scientifico, Roma, 1964.

(15) JUNG C.G.: « La psicologia del transfert », trad. it., Il Saggiatore, Milano, 1962.

(16) PARENTI F., PAGANI P.L.: « Formazione e pseudoformazione dello psicoterapeuta analitico », in: Rivista di Psicologia Individuale, anno 8, n. 12, aprile 1980.

(17) RAPAPORT D.: « Struttura della teoria psicoanalitica », trad. it., Boringhieri, Torino, 1975.

(18) REICH W.: « Analisi del carattere », trad. it., Sugar, Milano, 1973.

(19) ROGERS C.: « La psicoterapia oggi », trad. it., in: « La terapia centrata sul cliente », Martinelli, Firenze, 1970.

(20) SKINNER B.F.: « Oltre la libertà e la dignità », trad. it., Mondadori, Milano, 1973.

(21) STERBA R.: « The fate of the Ego in Analytic Therapy », Int. J. Psycho-Analysis, vol. XV, 117-26, 1934.

LUIGI FASCE

INTERVENTO PSICOLOGICO BREVE RIVOLTO ALLA DIADE MADRE-BAMBINO

L'intervento psicologico breve che presento a questo Convegno mi sembra particolarmente indicato per le strutture pubbliche e in specie per un servizio con caratteristiche prevenzionistiche dei disturbi della personalità quale il servizio materno infantile.

La popolazione a cui si rivolge il servizio è quella che presenta problemi di apprendimento scolastico, disturbi del comportamento. Problematiche valutate in genere dallo psicologo come disturbi relazionali di lieve entità, a differenza di coloro, madre o insegnante, che denunciando al servizio consultoriale le difficoltà del bambino mostrano un grado di apprensione notevole.

È la popolazione della quale si erano già interessati gli Istituti psicopedagogici di Adler nel primo Novecento e che veniva indicata con termini come «bambini difficili», «bambini viziati», per sottolinearne il particolare stile di vita.

Occorre dire che ancora oggi in Italia questo tipo di utenti sono valutati con criteri diversi a seconda della teoria scientifica a cui si ispirano i singoli operatori sanitari, neuropsichiatri infantili, psicologi ma anche pediatri e medici scolastici. È evdente che questi ultimi mantengono il punto di vista nosologico senza sbocco psicoterapeutico. L'intervento sia psicologico che pratico, rifacendosi in buona parte all'orientamento adleriano, invece, salda perfettamente il momento psicodiagnostico a quello psicoterapeutico. Permette altresì una unificazione di fondo della complessità della personalità e di incidervi più in profondità in quanto intervento focale.

L'intervento psicologico consiste, in pratica, in una serie di sedute in cui i colloqui, l'osservazione e le prove psicodiagnostiche si susseguono, alternando la presenza dei genitori e del bambino. Il numero delle sedute in linea di massima varia da 4 a 7.

Si tratta in primo luogo di individuare quale immagine si è fatta la persona (in genere la madre) che viene a lamentarsi e chiede dei rimedi. Evidenziare quali figure nell'ambito della costellazione familiare, madre, padre, nonni, hanno dato origine all'immagine corporea disturbata del bambino e che tuttora l'alimentano.

Sul versante bambino invece si tratta di individuare direttamente la sua immagine corporea e i sentimenti di sé per mezzo di colloqui, del-

l'osservazione del comportamento e di test proiettivi. Segnalo che ho messo a punto uno specifico test che è in fase di sperimentazione e verifica.

L'influenza della costellazione familiare sul vissuto individuale del bambino e conseguente strutturazione dello stile di vita personale del bambino è acquisizione adleriana indubbia; l'introduzione della nozione di immagine corporea mi pare una integrazione felice del concetto adleriano di stile di vita, particolarmente utile anche sul piano operativo. Infatti sembra più aderente alla realtà corporea: vissuti e fantasmatizzazioni del corpo in relazione al vissuto (desiderio, fantasma) dell'altro. Al rilevamento dei fattori che mantengono de-forme l'immagine del bambino consegue il «riaggiustamento» della stessa su basi più realistiche.

Per chiarire meglio l'intervento è meglio seguire un ordine cronologico.

Durante il primo colloquio l'indicatore più significativo della deformazione in atto dell'immagine corporea del bambino è l'atteggiamento materno. Ambivalenza, rifiuto netto, ansia per aspetti inaccettati ed inaccettabili del bambino, desiderio, a volte fino all'allucinazione, di realizzare l'immagine idealizzata del bambino. Questo è il punto focale su cui va posta la massima attenzione. È su questi aspetti che si basano e l'inquadramento del caso e il successivo intervento psicoterapeutico breve.

Tuttavia ci sono altri elementi da acquisire che possono essere determinati, seppure in via indiretta, al permanere dell'immagine falsata del bambino.

Con l'anamnesi si possono avere notizie sulla gravidanza, sul parto, e sui primi anni di vita e si possono mettere in evidenza non solo i «dati» ma anche e soprattutto i vissuti collegati a questi. Per esempio, è probabile che la neutra informazione di «asfissia neonatale» nasconda attivi vissuti angoscianti di bambino deforme, leso internamente, di cui la madre continuamente scruta i segni rivelatori con celato sgomento. È la spinta latente, costante, che porta a reiterate richieste di visite mediche, di esami e analisi. Anche le richieste di riabilitazione fisica, di linguaggio, scrittura e lettura, ivi comprese, in certi casi, le lezioni private, hanno questo senso. Tutti sappiamo quanto sono accettate e gradite da queste madri (o maestre) le prestazioni logopediche, fisioterapiche. Ma poi alla fine dell'intervento non ne traggono mai il risultato sperato. Questo può contribuire a spiegare come alcune madri agiscano le angosce profonde collegate alla loro immagine inconscia di bambino anormale, malato, diverso dagli altri «normali». Queste madri sono costantemente in stato di allerta. Proprio come quando ciò era necessario durante il primo periodo di vita del bambino oppure all'epoca dell'uomo primitivo. È possibile che siano i vissuti corporei arcaici, di smembramento, di spezzettamento e ancora angosce originarie vissute dalla madre stessa nel suo primo periodo di vita, a svolgere il ruolo di camera di risonanza. In questi casi la regressione materna e la reviviscenza dei vissuti angoscianti vengono trasferiti empaticamente al bambino che diventa il ricettacolo di tutti i mali.

La madre, in carenza di una chiave interpretativa relazionale — siamo in una cultura di massa organogenetica — non può che darsi una ragione organica dei supposti danni del bambino. In questa direzione è interes-

sante fare una verifica delle convinzioni personali della madre sulle «cause» del disturbo del bambino. È stata per me fonte di sorpresa constatare la fissità dello schema seguito e l'impossibilità di uscirne. Le diagnosi nosologiche sono in buona parte responsabili di questo incistamento maligno.

Rompere questo schema e sostituirlo con quello relazionale è il passo propedeutico per il successivo intervento. Talvolta soltanto questo chiarimento è in grado di risolvere il caso.

Il colloquio con entrambi i genitori non è sempre possibile. Normalmente è la madre che solleva il problema. La finalità di sentire contemporaneamente i genitori è quella di mettere a confronto rispettive immagini in questi del loro bambino. Difficile dire quale dei due genitori ha una visione più realistica del bambino. Di fronte allo stesso «male» in genere il padre formula una vaga prognosi fausta (tutto si aggiusta con lo sviluppo, anch'io ero così, non ci saranno conseguenze una volta che sarà grande), mentre invece per la madre si tratta di una vaga prognosi negativa, prima o poi spunteranno le prove.

Questi rispettivi atteggiamenti fanno sì che la madre, pur contribuendo maggiormente a distorcere l'immagine corporea del bambino facendolo vivere fragile interiormente oltre il reale, prenda l'iniziativa per cercare di fare qualcosa e quindi si apra alla possibilità di un cambiamento. Il padre, invece, seppure sempre implicato, ma in maniera meno appariscente, non ritiene che valga la pena di affrontare problemi psicologici. In genere i padri sono più materialisti delle madri. Per loro lo psicologo è sinonimo di parolaio. In essi la cultura organicistica è ancora più radicata. Dietro la richiesta della madre di aiuto per il bambino si nasconde spesso una domanda di aiuto per i suoi problemi di coppia. Se entrambi i genitori si presentano, allora è più facile fare qualcosa anche per questa domanda non espressa ma presente. In ogni caso un «riequilibrio» del potere all'interno della relazione di coppia va sempre tentato perché di per sé agisce sul bambino. L'esempio di una madre completamente svalorizzata dal padre è evidente. Ovviamente il risultato è diverso a seconda se il bambino è maschio o femmina. Nel caso del maschio può succedere che strutturi un'immagine di superiorità a discapito della donna che tende a perpetuare un rapporto inadeguato con l'altro sesso; mentre la femmina può sentirsi anch'essa svalutata nell'intimo o può rifiutare l'identità di genere, acquisita comunque inconsciamente, con tutte le conseguenza che questo implica.

Nel caso si possa parlare solo con la madre è possibile chiederle di riportare quello che, secondo lei, è l'idea del padre al riguardo del problema del bambino. Dall'interpretazione materna su quanto pensa il marito, è possibile rilevare e la lotta per il potere sul figlio e il tipo di contrasto esistente all'interno della coppia. La madre chiede spesso alleanza contro il marito. Nei confronti del bambino esiste spesso una sorda contesa. I genitori sembrano dirsi: io sono migliore di te, mio figlio deve essere come me. E nei confronti del figlio si mettono in atto minacce e seduzioni. L'immagine corporea e i sentimenti di sé del figlio non possono

trarre grande vantaggio da due atteggiamenti divaricanti e in strenua lotta per averla vinta, specie quando nessuno dei due contendenti rispetta la realtà del bambino.

Una volta fatto il quadro d'insieme si segue il bambino per una o due sedute con l'obiettivo di operare per la modifica dell'immagine corporea e dei sentimenti di sé inadeguati del bambino. Non si tratta di provocare una rottura traumatica della camicia nel quale il bambino — soffrendo — si sente costretto, ma anche protetto; si tratta invece di farlo vivere, seppure brevemente, in panni diversi dall'abituale. Atteggiamento, aspettative, gesto e parola dello psicologo sono il nuovo specchio umano in cui rimodellarsi. I risultati più fulminei si hanno quando ci si trova davanti un bambino che si sente accettato completamente, per quello che è, per la prima volta. Questo è il presupposto fondamentale perché possa definirsi la propria individualità. Questo intervento non è molto lontano dall'intervento adleriano teso a dare fiducia al bambino. È nella relazione con l'altro che ci definiamo. Normalmente dal confronto di altre figure, adulti, coetanei e più piccoli si struttura e ristruttura incessantemente la nostra immagine corporea. L'immagine distorta e fissata permanentemente da un corpo familiare patologico può essere accettata perché sentita comunque come l'unica rassicurazione. L'intervento psicoterapeutico è decisamente teso a rimettere in movimento l'immagine corporea nella linea evolutiva. Ho trovato di estrema utilità i riferimenti alla fase simbiotica normale e il processo separazione-individuazione della Mahler.

In certi casi di bambini psicotici è stata segnalata la caratteristica simbiotica del rapporto madre/bambino. Ritengo che, seppure in grado minore, questo aspetto del rapporto sia il fattore di fondo su cui operare, anche nel caso di disturbi relazionali di minore gravità quali quelli indicati. La presa di coscienza da parte della madre della presenza del cordone ombelicale psicologico, invisibile ma tenace oltre modo, che lega e a volte soffoca il figlio, è spesso risolutiva.

Naturalmente nessun intervento, neppure questo, può avere successo se non si riesce a far sentire questa madre apprensiva, una buona madre.

Il colloquio, da me definito il consiglio di famiglia allargato allo psicologo, conclude l'intervento. Si verifica in primo luogo se i genitori hanno colto dei cambiamenti nel bambino. Se la risposta è affermativa si cerca di spiegare in quale modo lo psicologo ha influito sul bambino; in ogni caso si danno tutte le spiegazioni possibili e si indica quale è l'atteggiamento che dovranno tenere in futuro. Non si tratta di dare solamente consigli su comportamenti pratici, di dettaglio (richiesti frequentemente da genitori e insegnanti) ma viene chiarito quali siano stati gli atteggiamenti che, in passato, hanno portato ai risultati insoddisfacenti. È anche il momento di verificare se il riequilibrio all'interno della coppia è avvenuto.

Riassumendo, le tappe dell'intervento possono essere così elencate:

1) colloquio d'approccio al caso rivolto all'adulto che chiede la visita psicologica;
2) approfondimento del primo colloquio con la presenza dei due genitori o altri componenti del nucleo familiare;

3) colloquio col bambino;
4) approfondimento del quadro di personalità del bambino nell'ottica dell'immagine corporea e dei sentimenti di sé;
5) intervento focale di modificazione dell'immagine corporea e dei sentimenti di sé del bambino (1 o 2 sedute);
6) colloquio conclusivo con entrambi i genitori.

È evidente che in pratica non tutto si svolge così. È importante in ogni caso mantenere ben presenti gli obiettivi. Per esempio a volte capita che durante l'anmnesi la madre possa prendere coscienza di un suo vissuto angosciante che sta all'origine della sua richiesta di aiuto. È anche possibile che l'intervento non dia esiti immediati. Aver la possibilità di seguire il bambino nell'ambito scolastico e per diversi anni è garanzia di successo se l'impostazione in questione fosse condivisa da tutta l'équipe psicopedagogica. In questa ottica la collaborazione dell'insegnante, altra significativa figura dell'identificazione del bambino, può essere determinante.

Ritengo che quanto più il bambino è piccolo tanto più si debba lavorare sui genitori e viceversa. Ovviamente più ci si avvicina alla psicosi infantile il discorso si complica e per quanto riguarda l'approccio all'adulto e per il trattamento del bambino.

Per concludere, ritengo che la teorizzazione e l'utilizzo del concetto di immagine corporea permetta di gettare un ponte tra la dottrina adleriana e quella psicoanalitica. Non credo che si possa ancora parlare di sintesi ma di un avvio, seppur lungo, in questa direzione. Mi sono stati di fondamentale aiuto il contributo, oramai classico, di P. Schilder e le opere, più recenti, di G. Pankow. È stato allora possibile tradurre una serie di concettualizzazioni adleriane in altre più integrate e rispondenti al corpo. Diventa allora più agevole parlare di vissuto corporeo e dare voce ai fantasmi, perché nascono dal corpo, ma anche situarli nell'anatomia corporea. Anche la relazione con l'altro viene ad essere riconsiderata in una rispondenza corporea di cui il «metabolismo libidico» trova convenientemente posto. Si va sempre più chiarendo l'importanza del ruolo del dialogo tonico della relazione madre-bambino per lo sviluppo di quest'ultimo. Anche l'oggetto transazionale individuato da Winnicott alla luce dell'immagine corporea diventa più corposo.

Un altro punto di riferimento sono stati gli studi di Lacan, particolarmente per quanto riguarda lo stadio dell'immagine allo specchio. In questo contesto diventa evidente che l'immagine corporea e i sentimenti di sé si formano allo specchio dell'altro, specchio vivo, corporeo; nel caso di bambino sano, specchio contenente e rassicurante, quindi strutturante, ma, anche, specchio di desiderio in cui ci si confonde con l'altro nel piacere di vivere. Nel caso di bambino disturbato, invece, questo specchio è incontinente perché luogo in cui si agitano le angosce profonde materne; queste ultime, confondendosi con quelle originarie del bambino, le alimentano e non può avvenire il contenimento necessario. Ma il bambino, non avendo alternative, comunque si adatta. Dalla sanità all'autismo. Di qui la facilità di un influsso patologico da parte della madre e la strana compia-

cenza del bambino. Una madre che, per le sue problematiche non risolte, gravi o meno gravi, induce, proprio come in ipnosi e con la massima potenza, l'immagine di bambino fragile, cattivo, diverso, può essere docilmente corrisposta dal bambino che a sua volta le rimanda questa stessa immagine e i comportamenti conseguenti. In un gioco di scambio di immagini, costellate da fraintendimenti, si possono perpetuare intere esistenze sofferenti. Il bambino paga e ripaga con malattie e sofferenze il riconoscimento materno. Sono come tu mi vuoi. È difficile per il bambino ricercare l'alternativa anche se il sintomo è già in parte dissenso. L'immagine che la madre ha del suo bambino è il primo contenitore psicologico in cui si collocherà necessariamente il bambino appena nato; è secondario che questo contenitore sia luogo di piacere oppure di dolore. Il principio di sicurezza ha la meglio su quello di piacere. L'immagine corporea del bambino è già predisposta ancora prima della sua nascita. Questa immagine di bambino è già stata frutto di fantasie materne e non sono solo quelle del periodo di gravidanza. Questa immagine di bambino corre anch'essa lungo l'albero genealogico, nel senso di immagini tramandate, di attributi narrati che poi saranno reificati nelle «constatazioni» come «ha lo stesso carattere di sua madre» - «è pigro come suo zio» - «tutto suo nonno». L'esperienza di ognuno può confermare la presenza di questi modelli indotti in cui sono «contenuti» bambini e adulti. Ma stando al vissuto materno più immediato alla gravidanza c'è da mettere in evidenza l'esistenza di un meccanismo che fa temere di avere un bambino deforme, mancante di qualche parte del corpo, che risale presumibilmente agli originari vissuti di tipo psicotico rimessi in movimento con la gravidanza; così come è presente il desiderio di avere un bambino perfetto. Questa immagine di bambino perfetto può essere dovuta a diversi motivi. Ne riesco a ipotizzare tre:

a) pensiero magico, onnipotente, narcisismo, tutte caratteristiche del mondo infantile;

b) manovre arcaiche che tentano di respingere angosce primarie: schiacciamento, soffocamento, lacerazione, spezzettamento;

c) compensare mancanze a livello del corpo vissuto.

L'insieme di tutti questi fattori può portare al desiderio inconscio di avere un figlio mostro, diverso da tutti: Dio o diavolo che sia. Il meccanismo dell'idealizzazione continua anche dopo la nascita ed è uno degli aspetti su cui agire. È risaputo che la nascita di un bambino handicappato sul piano fisico, ma il meccanismo è analogo per gli aspetti di personalità, è vissuta come una grave ferita narcisistica da parte dei genitori e che questa, soprattutto, non è mai vissuta entro i termini del reale. Cioè non sono posti i termini bambino normale (reale) e bambino handicappato (reale), ma bensì, in base alla legge del tutto/nulla, di bambino perfetto/imperfetto. È per questo che i bambini ritenuti «normali» dallo psicologo non lo sono per le madri. Ma né l'ansia né l'idealizzazione della madre sono di per sé patologiche. In questi casi si tratta di ricondurre ansie e idealizzazioni nell'ambito della realtà bambino attuale.

Sento di aver lasciato un po' a margine gli aspetti libidici collegati all'immagine corporea. Due sole riflessioni al riguardo. Lo spostamento dell'investimento libidico è una necessità evolutiva del bambino anche se l'originale stato fusionale col corpo materno avrà per tutta la vita delle ripercussioni sulle nuove scelte. In certi casi è possibile che il bambino come essere sessuale venga negato da parte della madre o da parte del padre. È di tutta evidenza che questo contribuisce notevolmente alla distorsione dell'immagine corporea e dei sentimenti di sé nel bambino.

* * *

Accogliamo, come interessante termine di confronto, le tesi dell'Autore. Facciamo però rilevare che il pensiero adleriano supera la riduttività del concetto del bambino inteso come «essere sessuale». La psicologia individuale amplia il significato del rapporto fra la madre e il bambino, inquadrando quest'ultimo come una complessa «entità psicofisica» e consentendo così un'analisi assai più ricca di sfumature. (N.d.R.)

BIBLIOGRAFIA

1) ADLER A.: « Il temperamento nervoso », Astrolabio, Roma, 1971

2) ADLER A.: « Il bambino difficile », Gherardo Casini, Roma, 1968.

3) AJURIAGUERRA J., DE: « Le corps comme relation », Revue suisse de psychologie pure et appliquée, 21, 1962, 137-157.

4) BENEDETTI P., GALLETTI F.: « Il rapporto madre-bambino nelle encefalopatie precoci », Riv. Gaslini, 12, Suppl. 1, 68, 1980.

5) FREUD S.: « L'Io e l'Es », Boringhieri, Torino, 1976.

6) GRODDECK G.: « Il libro dell'Es », Adelphi, Milano, 1966.

7) LACAN J.: « Scritti », Einaudi, Torino, 1975.

8) LAING R.D.: « La politica della famiglia », Einaudi, Torino, 1976.

9) LAPIERRE A., AUCOUTURIER B.: « La simbologia del movimento », Edipsicologiche, Cremona.

10) MAHLER M.S.: « La nascita psicologica del bambino », Boringhieri, Torino, 1978.

11) MERLEAU-PONTY M.: « Il corpo vissuto », Il Saggiatore, Milano, 1979.

12) PANKOW G.: « Struttura familiare e psicosi », Feltrinelli, Milano, 1979.

13) PARENTI F.: « Manuale di psicoterapia su base adleriana », Hoepli, Filano, 1969.

14) REICH W.: « Analisi del carattere », Sugar, Milano, 1978.

15) RESNIK S.: « Persone e psicosi », Einaudi, Torino, 1976.

16) SAPIR M.: « Soignant-soigné: le corps à corps », Payot, Paris, 1980.

17) SCHILDER P.: « Immagine di sé e schema corporeo », F. Angeli, Milano, 1973.

18) TUSTIN F.: « Autismo e psicosi infantile », Armando, Roma, 1972.

19) WINNICOTT D.W.: « Gioco e realtà », Armando, Roma, 1974.

Lucia Spada Curto

CONSIDERAZIONI SU ALCUNI ASPETTI DELLA PERSONALITÀ: INVIDIA - INFERIORITÀ - SENSI DI COLPA

La pratica clinica evidenzia spesso connessioni tra invidia, sentimenti di colpa e sentimenti di inferiorità. Della prima si fa un gran parlare, e la maggior parte delle volte la si confonde con la gelosia, ma l'interesse dottrinale sembra trascurarla; i secondi, invece, sono stati variamente trattati. Le considerazioni che seguono hanno origine dalla convinzione che l'invidia, i sentimenti di colpa e quelli di inferiorità siano interdipendenti e abbiano un ruolo di rilievo nella società di questi anni.

Dal punto di vista dell'antropologia culturale, l'invidia è, per certi aspetti, l'erede della vendetta e rappresenta la trasposizione, sul piano dell'emotività, dell'azione di uccidere, danneggiare, caratteristica della seconda. Chi prova invidia, infatti, è pronto a danneggiare chi «ha», ma non vuole qualcosa per sé, vuole che l'altro non abbia. A differenza del geloso che mira al possesso dell'oggetto amato o ambito con allontanamento di un rivale. Nell'invidia la relazione è a due e implica il meccanismo base della proiezione; nella gelosia invece, il rapporto è a tre.

Il sentimento di invidia ha origine precocissima e, nello sviluppo psichico normale, è indispensabile per il ragorzamento dell'Io e il consolidarsi della autostima, della creatività e della gratitudine. Infatti, secondo Melanie Klein (1), amore e odio investono insieme il seno materno che è vissuto come «buono» quando sfama e preserva il bambino dagli impulsi distruttivi e dalle angosce persecutorie; come «cattivo» quando lo lascia in balìa degli attacchi distruttivi verso la madre. La frustrazione che nasce dal timore di aver distrutto l'unico oggetto che dà sicurezza, porta il bambino a sentirsi colpevole e a mettere in azione sentimenti riparativi che gli ricostruiscano l'oggetto amato. Se la madre, invece, viene vissuta come schiacciante e onnipotente, la gratificazione completa viene impedita e, con essa, la sintesi fra seno buono e seno cattivo. La scissione schizoparanoide si perpetuerà allora fra un oggetto sublimato — estremamente buono — e un oggetto persecutorio-divorante, estremamente cattivo, che spingeranno il bambino all'evitamento del rapporto interpersonale, in uno stato di dipendenza assoluta dall'altro membro della coppia che egli tenterà di danneggiare, sentendosi continuamente danneggiato.

(1) M. Klein: « Invidia e gratitudine », Martinelli, 1969.

Per la Klein, la svalutazione di sé e il sentimento di inferiorità sono meccanismi di difesa sempre connessi con sentimenti inconsci di colpa, derivanti dagli attacchi invidiosi; infatti «il bisogno di approvazione di certe persone, trova la sua ragion d'essere nel bisogno di essere rassicurati sul loro essere amabili, capaci di amare e degni di essere amati» (2) e nasce dtl timore di non essere in grado di controllare i propri impulsi aggressivi. L'«amore per il potere» e il raggiungimento dell'onnipotenza, invece, derivano dallo sforzo di controllare il pericolo derivante dall'oggetto persecutorio, più direttamente che con il meccanismo difensivo della proiezione e dell'isolamento. Per la vita fantastica, l'onnipotenza dà sicurezza nel momento in cui il soggetto sente di poter accedere a quanto vi sia di più utile e desiderabile per lui.

Viceversa, «il potere dell'amore» viene raggiunto attraverso la identificazione con l'oggetto libidico e denota capacità di sacrificio, capacità di soffrire per gli altri e «dipendenza costruttiva». Il rapporto con nuovi oggetti sostituisce, in parte, l'amore per la madre e compensa l'inevitabile sensazione di perdita del primo oggetto.

La nevrosi è, per la Klein, una regressione ai sentimenti primitivi e ai meccanismi di difesa contro di essi che, nella normalità dei casi, vengono talvolta riattivati, ma con intensità, modalità e durata diverse.

Per A. Adler (3), la nevrosi è il perdurare di uno stile di vita infantile e immaturo. Il «carattere fatale» dell'inferiorità in cui il bambino si trova alla nascita, fa sì che si sviluppi una grande forza di compensazione che permette l'adattamento. La prima reazione è ostile, ma ben presto il bambino scopre che la sua debolezza e la sua impotenza angosciosa sono il mezzo attraverso cui può assicurarsi l'attenzione e l'aiuto dell'ambiente. Soprattutto della madre, la quale più di ogni altro ha il compito di proteggerlo, ma anche di stimolarlo con il suo esempio e di rinforzare in lui il contatto con il mondo che lo circonda, insegnandogli a cooperare, ché solo il fine comune permette il sano adattamento alla vita.

Progressivamente, quindi, il rapporto di dipendenza totale dalla figura materna viene sciolto. Se ciò non avviene, lo stile di vita è viziato e corre sul binario dell'errore. Il fine da perseguire, allora, resta quello dell'infanzia, tipico del rapporto di coppia madre-bambino, lasciare che gli altri agiscano, astenendosi dal collaborare, perché la persona nevrotica è egoista e ritiene di dover sempre combattere per avere la sicurezza che l'interesse sociale gli può offrire.

Il significato delle sue azioni è solo privato e non viene mai comunicato; ciò implica che l'agire del nevrotico non può essere costruttivo se non nel senso che «fabbrica» una pseudo-sicurezza, vissuta sempre come precaria e perciò da recuperare e difendere continuamente.

L'inferiorità che non è stata compensata diventa lo status che il sog-

---

(2) M. KLEIN, J. RIVIERE: « Love, hate and reparation », The Hogarth Press, 1953, pag. 62.

(3) A. ADLER: « Il temperamento nervoso », Astrolabio, 1971.

getto impara a sfruttare, allo scopo di sollecitare la protezione di tutti contro l'ambiente ostile, con l'impressione fittizia di dominare le persone che gli danno aiuto, in modo esclusivo e onnipotente.

Al tempo stesso, egli si prodiga nel nascondere la sua ambizione di supremazia e il suo unico desiderio: quello di essere primo ad ogni costo. Invidia, ma si sente invidiato; si sente colpevole ma colpevolizza gli altri di «rovinargli la vita». In questo modo si difende dalla propria non-sicurezza fingendo e volgendosi sistematicamente al suo passato di frustrazione che lo blocca e gli impedisce l'autosperimentazione.

In conclusione, sia la Klein che Adler hanno messo in rilievo l'importanza della capacità di amare e di identificarsi con l'altro per il passaggio dalla vita di coppia (madre-bambino) alla vita di gruppo. Il nevrotico non è riuscito in questo intento e resta fermo alla realtà diadica dell'infanzia, in cui sentimenti di inferiorità, di invidia e di colpa occupano un posto di rilievo.

È interessante notare, inoltre, che, nella società in cui viviamo, questi stessi vissuti sembrano costituire il sintomo della fissazione a uno stato di cultura «di coppia», in un periodo in cui tanto si parla di cultura «di gruppo» (4). Infatti, laddove il rapporto con gli altri rimane fissato a modalità di tipo edipico, il potere psichico viene inteso come «magico», «assoluto e inconoscibile». La competizione è un valore centrale perché il potere deve restare a somma costante, per cui «quanto più potere io acquisto, tanto più ne tolgo a te; quanto più potere tu acquisti, tanto più ne togli a me». Per cui è fatale che l'individuo o si assoggetta alla potenza del più forte, ma si sente inferiore e invidia (e per ciò si sente colpevole), o tenta di assoggettare l'altro per impossessarsi del suo potere, a costo poi di sentirsi invidiato e per questo desistere dai tentativi di accrescere il proprio potere.

Accade che, come per il primitivo la proiezione era un meccanismo fondamentale (temeva le invidie altrui perché sapeva di invidiare e la vendetta perché sapeva di preparare vendette), tuttora l'invidia altrui può essere prevenuta non dando spunto agli altri di nutrire il sentimento.

Lo scopo è di tenere livellati i diversi, facendo scattare l'invidia dell'inferiore e guastando le possibilità del più dotato o del più abile. Mète ultime sono la omeostasi, comune a invidia e vendetta, e il mantenimento della unidimensionalità temporale, la fissità del presente.

---

(4) Cfr. E. SPALTRO: « Interviste, riunioni e gruppi: teorie dell'intervista di gruppo », in: Manuale del colloquio e dell'intervista, Mondadori, 1980.