

**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. I°

RIVISTA DI PSICOLOGIA INDIVIDUALE
Anno 9 - 10 - NN. 15 - 16 - Novembre 1981 - Marzo 1982

RIVISTA
DI
PSICOLOGIA
INDIVIDUALE

Anno 9 - 10

NN. 15 - 16

Novembre 1981

Marzo 1982

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

«Il 2° Congresso Nazionale della S.I.P.I.»	A. BALZANI
pag. 5	A. MAEDDU
	C. LOVATI
FRANCESCO PARENTI	« Ricerca di supporto alla teoria dell'auto-
« Piano di formazione dell'analista adle-	stima quale causa dell'uso ed abuso di
riano e suo ruolo nella società attuale »	droghe del Dr. R. Steffenhaghen »
pag. 9	pag. 65
FRANCESCO CASTELLO	CHIARA MAROCCO MUTTINI
« Un approccio adleriano allo stile di vita	« Contributo allo studio delle tossicoflie
delle istituzioni socio-sanitarie e didat-	nel sesso femminile secondo un modello
tiche »	interpretativo adleriano »
pag. 16	pag. 75
PIER LUIGI PAGANI	ANTONIA NICO
« Attuali problemi di ordine etico nella	« Droga in caserma »
psicoterapia di linea adleriana »	pag. 85
pag. 24	ENRICA BERINGHELI
FRANCO MAIULLARI	« I bambini e la televisione. Primi risul-
ALBERTO MASCETTI	tati di una ricerca psico-sociologica in
« Posizione sociale della psicologia indi-	chiave adleriana »
viduale e formazione degli operatori »	pag. 91
pag. 33	LAURA RECROSIO
VITO MATELLA	« Influenza della faba, tradizionale e mo-
« Confluenza e contrasto di valori simbo-	derna, sulla formazione dello stile di vita
lici nelle figure del medico di famiglia e	del bambino »
del paziente assistito »	pag. 96
pag. 41	UGO FORNARI
MARIO PALADINO	« Tipi di approccio e problemi di inter-
« Il sociale in noi: io Creonte, diavolo e	vento nell'ambito della dissocialità mino-
santo »	rile »
pag. 49	pag. 102
FRANCESCO FIORENZOLA	MARIA ANTONIETTA TRAMONTI
IDA BIANCHI	« Il paziente Robert Musil »
« La frustrazione della volontà di potenza	pag. 113
e del sentimento sociale come fattore di	GIACOMO MEZZENA
decadimento psichico nell'anziano. Pro-	« Dalla finzione rafforzata alla finzione vi-
spettive di prevenzione e di recupero psi-	tales »
coterapeutico »	pag. 121
pag. 58	

ALBERTO ANGLESIO

SILVIA FARINA

«Lo psicodramma con handicappati psichici: strumento per l'analisi e la correzione dello stile di vita»

pag. 129

ROSALBA BOSCOLO

«Adattamento dello stile di vita in pazienti emiparetici»

pag. 134

ROSSANA ACCOMAZZO

MARIO FULCHERI

«L'ambiguità strutturale della psicoterapia analitica: momenti conservativi e momenti trasformativi»

pag. 140

LUCIANO VIANA

«Orientamento selettivo per una terapia di coppia analitica e di linea adleriana»

pag. 146

GIANNINO PICELLO

«Il senso di colpa nella personalità nevrotica: tecnica implosiva e analisi adleriana»

pag. 150

GIORGIO OMODEO SALÈ

«Angoscia come limite educativo. Implicazioni psicoterapeutiche»

pag. 155

SECONDO FASSINO

ANDREA FERRERO

«A proposito dell'identificazione trans-individuale al servizio dell'agente terapeutico»

pag. 159

GABRIELLA MORASSO

«Preparazione psicologica del paziente oncologico all'intervento mutilante»

pag. 168

LORENZO PINESSI

GIUSEPPE ANGELINI

«Intervento psicoterapico adleriano e senso sociale»

pag. 173

PIER LUIGI TOGLIANI

«L'uso dell'ipnosi nella psicoterapia adleriana»

pag. 175

GIUSEPPE TIRONE

«L'ipnosi e il suo possibile impiego nell'analisi psicologica del profondo»

pag. 179

F.M. SCALA

E. SCALA

G. PISANO

«Igiene mentale, tossicofilia, tossicomania: metodologie e tecniche d'intervento nell'ottica adleriana»

pag. 188

IL 2° CONGRESSO NAZIONALE DELLA SOCIETÀ ITALIANA DI PSICOLOGIA INDIVIDUALE

Nei giorni 9, 10 e 11 ottobre 1981 si è tenuto a Camogli, presso il Centro Congressi dell'Hotel Cenobio dei Dogi, il 2° Congresso Nazionale della Società Italiana di Psicologia Individuale. La manifestazione ha registrato 180 presenze, fra cui alcuni ospiti stranieri e alcuni analisti di altra scuola interessati al confronto.

I lavori sono stati aperti dalla prolusione del Presidente della S.I.P.I. Francesco Parenti, che ha tracciato un piano di formazione dell'analista adleriano, un operatore psicoterapeutico ben differenziato e con una creativa autonomia d'indirizzo rispetto agli psicoanalisti. L'oratore ha rilevato la superiorità di questa formazione da training, esposta dettagliatamente in tutti i suoi fattori, rispetto ad ogni ipotesi di preparazione collettiva nell'ambito delle strutture pubbliche. È seguita la relazione di Gastone Canziani, che ha voluto, con rigore e vivacità, infondere nei colleghi una finalità di abbinamento fra l'interesse scientifico di base e la carica di umanità tipicamente adleriana. Francesco Castello ha sostenuto l'utilità di un approccio individual-psicologico alle strutture socio-sanitarie e didattiche, analizzabili psicodinamicamente come un superindividuo, allo scopo di armonizzarle e liberarle dalle fraquenti deviazioni che purtroppo ancora le caratterizzano. Gian Giacomo Rovera, nella sua relazione, si è occupato del processo d'incoraggiamento, sostenendo la necessità di non limitarlo a interventi semplicistici di superficie e di arricchirlo invece con il sostegno di approfonditi elementi analitici. La relazione di Pier Luigi Pagani ha affrontato il nuovo tema dei problemi etici nella psicoterapia adleriana, che deve sempre improntarsi a un rispetto per il libero arbitrio dei pazienti e per le loro opinioni in campo religioso, sessuale e politico, da equilibrarsi con l'impegno a prevenire o correggere ogni forma di eterolesività.

L'elevato numero di comunicazioni presentate nei due temi « Psicologia Individuale e società » e « Metodologie e tecniche psicoterapeutiche e d'intervento nell'ottica adleriana » ha richiesto l'articolazione dei lavori in quattro sezioni contemporanee, seguite da riunioni plenarie in cui ogni presidente riassumeva i contributi del suo gruppo e apriva una discussione generale. I lavori sul primo tema hanno spaziato dalle tossicomanie alla dissocialità, dal costume ai problemi dell'anziano e alla funzionalità delle strutture. Quelli sul secondo tema hanno trattato argomenti di psicodiagnosi, psicoterapia, analisi e altre tecniche di appoggio.

L'apporto dei congressisti si è sempre proteso verso nuove soluzioni, evitando l'immobilismo nozionistico e descrittivo e connotando così una scuola attivamente inserita nel nostro tempo e certamente capace di dare un apporto non ripetitivo al divenire della teoria e della prassi psicologica.

* * *



Il tavolo della Presidenza



Attività della Segreteria



Parte della sala per le riunioni plenarie

PROLUSIONE E RELAZIONI

FRANCESCO PARENTI

PIANO DI FORMAZIONE DELL'ANALISTA ADLERIANO E SUO RUOLO NELLA SOCIETÀ ATTUALE

L'OBIETTIVO DELLA FORMAZIONE:

CHI DOVREBBE ESSERE L'ANALISTA ADLERIANO

Da un punto di vista generale si può definire analista uno psicoterapeuta di profondità, ossia chi è in grado di condurre trattamenti psicologici articolati su tre presupposti: effettuare un'interpretazione del vissuto e della personalità del paziente estesa sino alle dinamiche inconscie; rendere l'analizzato consapevole e partecipe di tali interpretazioni, sollecitando in lui un « insight analitico »; gestire senza lesività, anzi in modo produttivo, il delicato rapporto umano che prende corpo nelle sedute e scandisce nei protagonisti i fenomeni di transfert e contro-transfert.

Le tre linee d'azione ora descritte lasciano per la verità un ampio spazio di scelta verso una ricchissima gamma di sottosoluzioni teoriche e operative. In tale ambito, dominato dalla psicoanalisi e dalle scuole che ne propongono limitate varianti, l'opzione per la psicologia individuale è tanto drasticamente revisionista da richiedere la premessa di una meditata convinzione. Il pensiero e l'indirizzo operativo proposti da Adler e perfezionati dai suoi continuatori divergono radicalmente dalla psicoanalisi ortodossa e non possono considerarsi sue derivazioni eretiche. Essi rappresentano una creazione del tutto autonoma. Le differenze fra i due orientamenti non sono ancora entrate con precisione nello standard culturale, purtroppo neppure in quello delle università che oggi avanzano la loro candidatura per la formazione analitica. Mi sembra quindi indispensabile, a questo punto, sintetizzare nei suoi cardini la mèta finale di una scelta che, se veramente sentita, gratificherà e se invece fondata su perplessità e malintesi non potrà che indurre frustrazioni.

L'analista adleriano non appartiene oggi, specie in Italia, alla nuova élite culturale e non gestisce quindi una posizione esibizionistica di potere. Non è neppure probabile che la nostra scuola garantisca il raggiungimento di una vanità pubblica appagata in tempi brevi. Essa è infatti (e con coerenza) critica verso la competitività consumistica e verso la massificazione negatrice dell'individuo. È sociale ma non demagogica. Non ha quindi alcuna probabilità di essere strumentalizzata e sostenuta da nessuna delle due fazioni che storicamente si contrappongono. L'analista adleriano non gestisce neppure in privato, nel rapporto con i suoi pazienti, un

ruolo di onnipotenza: s'impegna anzi ad offrire loro solidarietà e partecipazione emotiva su un terreno quasi paritario. Affronta compiti d'interpretazione non facilitati da categorie prestabilite e si trova di fronte a un numero imprevedibile di alternative: nell'ambito della sessualità e degli affetti, dell'intelligenza e del lavoro, dell'amicizia. I suoi temi analitici non sono d'effetto e si prestano poco alla pubblicizzazione artistica e letteraria più clamorosa. Esclude l'universalità dei simboli, che considera mutevoli con il divenire delle culture e mutevolissimi sul filo del vissuto personale: dunque assai più impegnativi da smascherare. Eppure gli si attribuisce, per un condizionamento stereotipo, la limitazione della superficialità. L'analista adleriano ha una concezione dell'inconscio non topica ma dinamica, e perciò meno schematica, inseribile nel quadro di una fondamentale unità della psiche. Nonostante ciò è largamente citato, nelle stereotipie del nozionismo didattico, come un pragmatico descrittore dell'« Io ». L'analista adleriano ha un impegnativo e poco noto compito in più, rispetto agli operatori della tradizione psicoanalitica: completare la scoperta delle cause dei fenomeni psichici e comportamentali con la ricerca delle loro finalità.

La scelta adleriana non può reggere dunque come scelta di comodo, né come scelta perplessa con nostalgie di adeguamento allo standard del settore. Chi la sviluppa e la consolida per convinzione razionale e per affinità emotiva, però, non tarda a rendersi conto della sua funzionalità e della sua efficacia, che trovano riscontro statistico nella minore incidenza delle interruzioni di analisi.

La convinzione nell'orientamento ideologico è, per gli analisti di qualsivoglia indirizzo, una premessa indispensabile per ottenere risultati positivi nel trattamento. Solo chi ha un proprio insight dottrinario può trasmettere ai suoi pazienti un credibile insight analitico. Chi nutre perplessità trasmette invece perplessità. Queste considerazioni hanno un valore più drastico nel caso di una scelta « diversa » e non conformista come quella in favore della psicologia individuale. Per reggerla con vigore occorre una dote bene espressa dal titolo di una relazione presentata all'XI Congresso Mondiale della nostra scuola (New York, 1970): « Il coraggio di essere adleriani ».

SELEZIONE DEI CANDIDATI

Le motivazioni che inducono ad affrontare un training per divenire analista sono molteplici e complesse: una sensibilizzazione verso il settore generata da problemi psicologici personali; il bisogno di gestire un ruolo garantito nei confronti di altri individui; la sete di comunicare; un interesse intellettuale e culturale per il tema; una finalità utilitaristica. La scelta specifica della scuola adleriana deriva a sua volta da varie, possibili motivazioni: un'effettiva congenialità intellettuale ed emotiva al pensiero individual-psicologico; una propensione agli orientamenti minoritari e non conformisti; un'esperienza personale legata a problemi d'infe-

riorità; l'insuccesso in precedenti tentativi di accedere ad altre scuole.

È raro che le motivazioni elencate siano pure: in genere si contaminano reciprocamente almeno due o tre fra queste. Preciso che in tema di selezione, esprimerò dei pareri personali, che restano soggettivi anche se legati allo spirito della scuola.

Penso che siano da accantonare i candidati in cui prevalgano l'utilitarismo fine a se stesso e l'opzione di ripiego, implicitamente non convinta. La convinzione, certo, può essere anche simulata e talora molto bene nei colloqui preliminari. Ritengo che il dubbio vada comunicato, con l'avvertenza che la finzione non regge quasi mai sul tempo. In effetti, nel confronto sui casi, è assai difficile che gli allievi non convinti sappiano andare oltre le grandi linee interpretative, analizzando con creatività le sfumature. I problemi personali superati o ben compensati non rappresentano per me un ostacolo; talvolta anzi rendono più umano e partecipante l'analista. Lo spirito polemico troppo acre, anche se in nostro favore, è fonte di perplessità, ma si può farlo evolvere in una capacità di confronto critico più pacata, dopo averne analizzato i sottofondi dinamici. Mi preoccupano di più i saccenti e solo in apparenza duttili sostenitori dell'eclettismo. Non è affatto vero che le teorie sull'inconscio siano sovrapponibili. Chi finge di crederlo (si tratta appunto di una finzione) persegue finalità furbesche, che preludono a successive apostasie, o cerca di sorreggere in qualche modo una sua ossessiva insicurezza di fondo. Sono certo che un eclettico non sia in grado di suscitare alcun insight nei suoi pazienti.

Il titolo di studio da considerarsi valido è ora oggetto di sistemazione giuridica e di conseguenza fonte di polemica fra le categorie. Su questo argomento condivido l'opinione di un maestro della psicoanalisi, Cesare Musatti, per cui nutro ammirazione anche se divergo dal suo pensiero in altri contenuti scientifici. Ritengo che, come punto di partenza, una buona cultura e un'intelligenza evoluta offrano sufficienti garanzie, poiché tutta la vera formazione dell'analista deve articolarsi nel training. Come resa, medici e non medici si equivalgono: è l'individuo a proporsi con il suo stile di vita, anche se l'analista non medico avrà poi il dovere di cautelarsi ricorrendo a collaborazioni sanitarie. Comprendo però che lo stato debba garantirsi, esigendo una gamma limitata di lauree specifiche, poiché alcuni didatti privilegiano nel training l'analisi personale sulla formazione scientifica. L'ipotesi di un monopolio del settore da parte rispettivamente dei medici o degli psicologi è solo un artificio di polemica corporativistica. L'altra ipotesi di una formazione pubblica burocratizzata offrirebbe ai cittadini solo degli operatori di superficie, non degli analisti.

FINALITÀ E LIMITI DELL'ANALISI PERSONALE NELL'AMBITO DEL TRAINING

Almeno tre sono le ragioni che sostengono l'utilità di un'analisi personale per l'allievo, da inserirsi nel training. Anzitutto egli vivrà così,

soggettivamente, la situazione che dovrà poi affrontare nei suoi futuri pazienti. Nell'ottica adleriana ciò non significa sacrificare la sua sofferenza sull'altare dell'iniziazione: piuttosto collaudare delle emozioni per saperle poi gestire con solidarietà. L'analisi personale, inoltre, contribuirà, se ben condotta, ad armonizzare lo stile di vita del candidato analista, con vantaggi sia nella vita extra-professionale, sia per quanto riguarda le garanzie di non lesività da offrire ai pazienti. L'allievo, infine, avrà modo nel corso della sua analisi di assorbire criticamente il controtransfert e il comportamento terapeutico del suo didatta, imparando dal vivo e, se necessario, proponendo delle revisioni.

Il ruolo dell'analisi personale non deve essere però sopravvalutato sul piano didattico. L'analista non può formarsi solo attraverso l'esperienza di se stesso come caso, assai limitata e oltre tutto gravida di qualche pericolo. Rapportare per condizionamento il vissuto dei pazienti sempre al proprio non può che minare l'obiettività dell'operatore. Penso quindi che sia indispensabile una formazione su « molti » casi, spaziatì nella nosografia, e che sia rischioso considerare formato chi ha analizzato solo la propria psiche.

Il modo di vivere la propria analisi da parte degli allievi è molto diverso. Radicalizzerò a scopo didattico due situazioni estreme, in realtà frammentabili in ambivalenze e sottosituazioni infinite. Vi è chi privilegia nella sua esperienza di training la propria posizione di paziente e si apre quindi senza un eccesso di inibizioni al didatta che considera in primo luogo terapeuta. Al contrario, vi è chi paga l'analisi personale come un prezzo per divenire analista e considera il didatta soprattutto come un giudice delle proprie capacità. Sono inevitabili allora delle resistenze, specie riguardo a temi che potrebbero devalorizzare.

Sento il dovere di esprimere, a questo proposito, un parere che si distacca dalla tradizione psicoanalitica e che potrebbe suscitare qualche scalpore. Ritengo che la privacy dell'allievo debba essere rispettata entro limiti che si possono concretare nella tutela del paziente. Le linee essenziali dello stile di vita del soggetto in training, con i loro sottofondi dinamici inconsci, devono essere comunque esplorate e rese consapevoli. Ulteriori approfondimenti divengono doverosi se e quando, nel collaudo del controtransfert simulato sul caso, si avvertano nell'allievo atteggiamenti pericolosi o comunque non produttivi.

Qualche problema può presentare anche la situazione opposta, che prende corpo quando l'allievo non spegne la sua sete di analisi personale. Egli ha sicuramente il diritto di essere analizzato sino alla comprensione e alla compensazione dei suoi conflitti. In tale caso, però, il didatta è tenuto a segnalare che la durata del training dovrà protrarsi anche di molto oltre i tempi convenzionali, poiché la sua componente didattica non potrà essere in alcun modo ridotta.

ASPETTI PARTICOLARI DEL TRANSFERT E DEL CONTROTRANSFERT NELL'ANALISI DIDATTICA

I due modi opposti già descritti di vivere l'analisi personale nel corso del training esprimono già due modalità estreme di transfert. Nel primo caso l'operatore è vissuto con tutte le proiezioni classiche che si riversano sull'analista. In un'analisi adleriana ben condotta è vissuto anche come fonte di sicurezza e come occasione di compartecipazione emotiva. Quando, dopo un certo periodo, nel training prevale la parte didattica, la nuova situazione può creare variazioni negative del transfert, fondate sulla non accettazione degli interventi correttivi, in cui può essere intravisto un sadismo che il didatta adleriano non poteva manifestare nelle fasi di aiuto e d'interpretazione. È questo un problema tipico del training individual-psicologico, poiché, in quello psicoanalitico ortodosso, il soggetto era già stato condizionato dall'obbligatoria conflittualità della nevrosi di transfert. Nel secondo caso la pragmaticità dell'allievo, finalizzata verso l'acquisizione del titolo, attenua dapprima o persino censura il transfert. Questo poi scaturisce di colpo e anche conflittualmente quando suoi atteggiamenti sul caso sono analizzati in profondità. L'una e l'altra situazione devono essere discusse: saper essere solidale anche nell'obbligatoria sgradevolezza è una delle doti che dovrebbe possedere il didatta adleriano.

Il controtransfert del didatta nei confronti degli allievi disponibili all'analisi non dovrebbe creare problemi oltre a quelli d'uso. Se ne insorgessero si ravviserebbe un deprecabile timore di essere didatta nell'operatore. Confesso di aver vissuto invece qualche tensione, applicando il dovere di correggere didatticamente allievi con cui mi ero integrato affettivamente nella fase analitica. Le loro frustrazioni per il mio doveroso mutamento hanno trovato via di soluzione in una concorde analisi di quanto provavo. E nella spiegazione che anche in questa fase non facile agivo in favore del soggetto.

LA PREPARAZIONE TEORICA

Il controllo quantitativo e qualitativo delle conoscenze che avviene nel rapporto individualizzato e prolungato del training è molto più completo e obiettivo di quello che si verifica nell'esame universitario, inattivato dalla casualità e dalla condensazione temporale. Esso consente di avvertire la personalizzazione dell'apprendimento, largamente sganciata dalla convenzionalità del titolo di studio e connessa invece alle finalità perseguite e all'articolazione degli interessi in seno allo stile di vita. Il didatta può anche influire in modo positivo sulle modalità dell'apprendere e superare le inibizioni di ordine extra-intellettuale. Affiorano poi, nella lunga relazione analitica, le componenti critiche e creative dell'intelligenza, che scandiscono forme d'impiego assai diverse del materiale appreso.

L'allievo analista deve naturalmente imparare a fondo la dottrina e le tecniche della scuola in cui ha scelto di formarsi, nel nostro caso quella adleriana. Deve inoltre conoscere in modo non superficiale la psicoanalisi

di Freud e le sue più importanti linee di evoluzione. Tale apprendimento non ha solo un valore culturale: rappresenta anche un collaudo critico della scelta. Per quanto riguarda le scuole minori, esse si sono oggi così moltiplicate da obbligare selezioni di studio guidate dagli interessi e dalle congenialità personali. La psicologia analitica junghiana non può essere ignorata nei suoi punti basilari, il cui approfondimento è utilissimo ma assai impegnativo e subordinato quindi ancora alla congenialità.

La psicologia generale è anch'essa materia indispensabile ove tratta le principali funzioni della psiche. Quella sperimentale è indubbiamente una branca diversa e non se ne può pretendere l'acquisizione in dettaglio, lasciando comunque aperta la strada a ricerche, praticate da chi appunto per la ricerca ha propensione. La psicologia clinica è materia specifica per lo psicoterapeuta. Sono del parere che l'analista debba saper applicare bene almeno i più noti fra i test proiettivi, salvo allergie personali discutibili. Dai test proiettivi, l'operatore analitico non deve però essere condizionato, impegnandosi a nutrire verso di essi quella settoriale diffidenza che li inquadra non come strumento unico per le diagnosi di personalità, ma come matrice di ipotesi parallele da chiarirsi in tempi lunghi.

Credo che l'analista, medico o non medico, debba conoscere con precisione la parte psicopatologica della psichiatria, nel cui settore le formazioni universitarie generiche sono spesso troppo avare. A mio parere il didatta dovrebbe assicurarsi che i suoi allievi, anche se non esercitano la psichiatria, siano in grado di avvertire i segni a volte sfumati che rendono d'obbligo il ricorso a una consulenza psichiatrica.

L'ADDESTRAMENTO SU CASI DEL DIDATTA

L'analista abilitato dovrebbe saper avvicinare, dopo il collaudo di un'esperienza almeno indiretta, pazienti affetti da tutte le principali forme di nevrosi e psicosi trattabili con psicoterapia. Abbiamo già visto che l'analisi personale non può dare questo tipo di formazione, che non può nascere neppure dalla supervisione su casi dell'allievo, di solito articolati in una gamma assai limitata. Tale esperienza può nascere dunque solo da una discussione sulla casistica del docente, che riceve il suo titolo dopo un'esauriente pratica professionale. L'addestramento dovrebbe riguardare svariati settori: dalla diagnosi all'esplorazione dei sottofondi psicodinamici, dalle modalità di approccio dell'operatore all'espressività e al comportamento del paziente.

È mia abitudine utilizzare a questo scopo la simulazione di una serie di trattamenti mediante una particolare forma di psicodramma a due, che consente all'allievo di veder riprodotto l'atteggiamento in analisi di pazienti diversi e al didatta di osservare e discutere gli interventi e le manifestazioni controtransferali del soggetto in training. Mi rendo conto che questo artificio ha dei limiti e che non riproduce l'esatta situazione di rapporto analitico. È comunque molto più vicino all'evenienza reale di qualunque dibattito teorico sul caso.

SUPERVISIONE SU CASI DELL'ALLIEVO

È una modalità classica di formazione, praticata da tutte le scuole più importanti. Nella maggior parte dei casi questa fase segue la conclusione ufficiale del training, in quanto può prendere corpo solo dopo l'inizio dell'attività professionale del nuovo analista. La supervisione analitica si può però applicare anche durante il training agli allievi che già praticavano terapie di superficie e stanno iniziando l'addestramento ad approfondirle; o ancora più naturalmente agli operatori già abilitati che seguano un nuovo training per cambiamento di scuola.

La supervisione, per essere produttiva, deve collaudare il vissuto del nuovo analista nella gestione diretta e sofferta della sua attività. Oltre a occuparsi di controlli diagnostici e interpretativi arricchiti da uno scambio di opinioni più maturo perché immune dalla maggior dipendenza preliminare, si rivolge soprattutto alle dinamiche controtransferali, che rappresentano un fatto nuovo e a volte traumatizzante per chi comincia ad essere analista. Non è raro che la supervisione, proprio per tale motivo, comporti un richiamo dell'analisi personale.

RUOLO SOCIALE DELL'ANALISTA ADLERIANO

La psicologia individuale entra, per i suoi assunti di base, nella sociologia e nella pedagogia, che possono avere un autonomo sviluppo operativo, ma improntano anche l'orientamento degli analisti adleriani. Il recupero dei pazienti, nell'ottica della nostra scuola, presume un loro avviamento a rapporti interpersonali equilibrati e un loro inserimento attivo e solidale nella società. Vi è dunque una fondamentale differenza rispetto ad altre forme di trattamento che si preoccupano soprattutto di far maturare le pulsioni sessuali, certo con corollari etico-sociali, ma comunque secondari.

Nella società contemporanea, travagliata da una fase di transizione permeata da fermenti di violenza individuale e di gruppo, anche la nevrosi ha acquisito aspetti dilaganti che escono sempre di più dal privato, delineando forme di patologia collettiva. La criminalità, la droga, il terrorismo hanno per protagonisti attivi e per vittime delle unità individuali irripetibili, la cui confluenza scandisce contagi e pericoli di portata maggiore. Il tutto è materia di analisi quanto mai congeniale al pensiero adleriano. La presenza nella collettività di operatori specificamente preparati a curare la società tramite le persone che la compongono rispecchia dunque un'esigenza civile. Le ipotesi di una formazione pubblica degli psicoterapeuti, anche se si tingono di una finzione di progresso, trascurano il delicato e individualizzato processo di addestramento che ho cercato di riassumere. Esse dunque toglierebbero ai cittadini la possibilità di ricorrere a un aiuto che è anche un aiuto per la società.

FRANCESCO CASTELLO

UN APPROCCIO ADERIANO ALLO STILE DI VITA DELLE ISTITUZIONI SOCIO-SANITARIE E DIDATTICHE

Il proposito di questa relazione è di dare un contributo alla metodologia di approccio all'analisi istituzionale in chiave adleriana. Gli ambiti delle strutture socio-sanitarie e didattiche forniscono quadri di riferimento emblematici, sia perché abbastanza noti a tutti noi, sia perché particolarmente importanti per i singoli e per la collettività.

Inoltre, desidero richiamare l'attenzione sul fatto che, nell'estendere il nostro interessamento all'analisi istituzionale, ci troviamo a compiere un'operazione di trasferimento di tecniche e di metodi, a proposito della quale ritengo opportuno mantenere ben desto il necessario spirito critico, allo scopo di realizzare un qualcosa di positivo, dal lato utile della vita, e non già una ripetizione coatta di schemi, in un ambito diverso da quello usuale dell'analisi individuale o di gruppo.

Cercherò di mettere in evidenza le somiglianze e le differenze esistenti tra l'analisi individuale e di gruppo e l'analisi istituzionale, o delle strutture.

Ricordiamo, intanto, che il lavoro analitico può essere avviato se vengono soddisfatte alcune fondamentali esigenze:

- 1) l'esistenza e la presenza dell'analizzando;
- 2) l'esistenza e la presenza dell'analista;
- 3) l'esistenza di problemi che riguardano l'analizzando;
- 4) La disponibilità dei due partners ad impegnarsi nell'analisi, per la quale è indispensabile una conoscenza preliminare del contesto generale in cui i medesimi sono collocati.

5) occorre inoltre chiarire il ruolo esplicito dei due interlocutori e pervenire ad una loro adeguata identificazione.

L'analizzando può essere una singola persona, un gruppo, una famiglia, talvolta può essere un'istituzione. In questo caso occorrerà innanzi tutto individuare e definire al massimo l'istituzione, evitando le generalizzazioni, allo scopo di evidenziare le dinamiche ed i problemi che essa presenta verso l'esterno e verso il suo interno. Procedendo così, si può avviare un approccio conoscitivo allo stile di vita dell'istituzione.

Emerge subito che questo approccio non può essere assimilato pienamente al lavoro analitico, perché si svolge in carenza di dialogo tra analista ed analizzando. L'analista osserva, raccoglie e registra le varie manifestazioni dell'esistenza dell'istituzione nel mondo, e le confronta con due criteri fondamentali:

a) la teoria psicologica cui egli si ispira;

b) l'identità e le finalità dell' istituzione, il suo sinergismo col contesto in cui è inserita ed i tipi d'impatto col mondo sociale verso cui è rivolta, la sua coerenza interna.

Possiamo subito notare le caratteristiche pragmatiche di un tale approccio, col quale perveniamo ad una prima descrizione dell'istituzione, derivante da un insieme di dati acquisiti più con l'osservazione che col dialogo. Va detto anche che gli elementi caratterizzanti lo stile di vita dell'istituzione non sono necessariamente rapportabili, almeno in modo diretto, allo stile di vita del gruppo dei suoi operatori. Ci troviamo così a constatare di avviare un approccio improntato alla nostra teoria analitica, cui però corrisponde un tipo di setting molto diverso da quello della relazione analitica e, d'altra parte, una relazione analitica col gruppo degli operatori dell'istituzione potrebbe non essere determinante ai fini del soddisfacimento delle esigenze di questo primo approccio, mentre sarà enormemente importante in fasi successive, più specifiche.

Rileviamo le implicazioni persecutorie di un tale intervento, che avviene secondo una modalità sadica, come accade per ogni processo di riconoscimento unilaterale (come quando la polizia chiede i documenti ad una persona) cui consegue la formulazione di una sorta di giudizio, con connotazioni emotive, sulla base di criteri ignoti o poco noti al « riconosciuto » (e qui emerge il problema delle identificazioni degli operatori) e che comunque risultano sempre investiti di significati simbolici, soggettivi, che in questo quadro riguardano chi effettua l'operazione di riconoscimento, e quindi il suo controtrasfert, particolarmente determinante l'andamento dell'operazione, poiché anche essa avviene attraverso confrontazioni tra schemi idealizzati e quadri percepiti.

Sul piano metodologico, nell'avviare un approccio analitico verso istituzioni o strutture, richiamiamo il concetto di stile di vita, poiché consideriamo gli oggetti della nostra analisi, organismi sociali.

Un organismo ha una sua anatomia ed una sua fisiologia; in queste hanno un notevole peso le persone che vi operano, intese come singoli e come gruppo, in quanto protagonisti delle dinamiche interne alla struttura. Le dinamiche interne e quelle esterne esprimono talvolta obiettivi analoghi, generalmente estranei alle finalità esplicite dell'istituzione; questi possono essere presenti indipendentemente dal grado di sinergismo tra gli interessi della istituzione e quelli dei suoi operatori. Un primo obiettivo è costituito dall'aspirazione alla sicurezza ed alla continuità — punto di confusione tra le finalità esplicite dell'istituzione e le esigenze degli operatori, oltre che (talvolta) dei propugnatori della medesima — che può stravolgere la logica del sistema mezzi-scopi e porre in atto comportamenti di tipo ritualista. Questo è il punto importante, poiché emerge dal filtro della volontà di potenza, che può, con l'intervento di dinamismi di coazione, condurre a rivolgimenti nel contrario, finalizzati a negare i sentimenti di insicurezza, di inadeguatezza e di colpa.

Le modalità di compensazione scandite dall'onnipotenza, finalizzata

ad un progetto di vita « sicuro », si traducono, in pratica, in atteggiamenti in cui prevalgono spunti « difensivi » come se l'istituzione ed i suoi operatori fossero costantemente attaccati da qualcuno. Ciò può spiegare, almeno in parte, i fenomeni di devianza in questo ambito. Parenti e Pagani, a proposito di istituzioni finalizzate alla psicoterapia, dicono:

« In negativo, si osservano purtroppo comportamenti comunitari fondati sull'aggressione violenta, sul rancore e sulla prevaricazione esercitati verso l'ambiente esterno o suoi settori. Anche questi fenomeni sono interpretabili mediante la fusione simbolica di energie singole insufficienti, capace di trasformare molte debolezze individuali in una potenza collettiva ».

Essi indicano due importanti elementi emergenti dal quadro: il senso di colpa e le « finzioni » etiche. I due autori individuano, come compensazione cui le istituzioni frequentemente ricorrono, « lo sviluppo dell'attività in estensione per autovalorizzazione statistica della struttura ». Ciò corrisponde alla messa in atto di meccanismi di difesa come quello dello spostamento, poiché viene ingrandito il campo operativo dell'istituzione, con ulteriore discapito delle sue capacità specifiche.

Prima di addentrarci nel merito di un approccio allo stile di vita di strutture e di istituzioni definite, dobbiamo ancora ricordare che il tema rientra nel campo del lavoro, che secondo la psicologia individuale, è uno dei tre compiti vitali dell'uomo, corrispondenti ad esigenze fondamentali che si traducono in obiettivi irrinunciabili per ogni piano di vita armonico.

La mancanza di chiarezza pragmatica nella delineazione dei processi relativi a tali obiettivi, può creare stili di vita confusi ed inevitabilmente conflittuali, all'interno dei quali si verificano fenomeni di alimentazione delle mète e conseguente creazione di mète fittizie. Tutto ciò incide notevolmente sulla chiarezza di identità dell'istituzione e dei suoi operatori, sia come singoli individui che come parte di un gruppo.

LO STILE DI VITA

Per facilitare l'esposizione, diremo che uno stile di vita, inteso come risultante di un insieme dinamico attivo e finalizzato, a seconda del sinergismo tra piano di vita, fine ultimo e mète esplicite del soggetto in questione, perseguirà obiettivi reali o finalità fittizie. Può accadere, ad esempio, che le finalità fittizie contengano dei meccanismi nevrotici di distanza, in grado di consentire il ripetersi sistematico di schemi di fallimento; nella maggior parte dei casi, prevale il sinergismo tra le mète principali. Questo insieme ci aiuta a definire almeno tre classi di stile di vita:

- 1) armonico;
- 2) nevrotico;
- 3) psicotico.

Consideriamo armonico uno stile di vita, nell'ambito del quale, i

momenti dinamici evolvono in soluzioni che tendono a realizzare obiettivi orientati, in prevalenza, al lato utile della vita.

Consideriamo nevrotico uno stile di vita della struttura che perde di vista le soluzioni operative orientate al lato utile della vita e ne elabora altre, quali ad esempio, quelle che in qualche modo intralciano l'evolvere positivo delle dinamiche sociali, o che, per produrre risultati validi per la collettività, creano situazioni di intensa sofferenza per i loro operatori.

Chiameremo psicotico lo stile di vita di istituzioni che non riescono a porsi in contatto con la realtà sociali in cui si trovano collocate, o che risultano a loro volta attivatrici di disagi e di sofferenze fisiche o psichiche per i soggetti cui si rivolgono, o che si rivolgono ad esse. Tra queste annoveriamo, ad esempio, le strutture che si propongono stravolgenti, non necessari, di realtà naturali di base generale, sotto la spinta di ideologie settoriali. In questi casi emergono situazioni pesantemente influenzate dalla volontà di potenza, espressione di modalità compensatorie estremamente primitive, tendenti a finalità contrarie a quelle che realisticamente si collocano dal lato utile della vita, sino a raggiungere e suggerire soluzioni capaci di condurre i loro assistiti alla distruzione.

Vorrei ricordare, a questo proposito, come oggi si vada diffondendo la tendenza a corrispondere in termini concreti, a richieste provenienti dal mondo fantastico; è ciò che in altri termini si intende come spinta a istituzionalizzare il sogno (Benedict). Su questa linea troviamo, ad esempio, alcune strutture che si occupano di sessuologia, i cui operatori talvolta contribuiscono grandemente a « codificare » i desideri espliciti dei pazienti, anche confermando o suggerendo la dimensione reale di talune loro aspirazioni — ritengo emblematico il caso di una ragazza che affermava di sentirsi un maschio e che aspirava a realizzare se stessa attraverso l'acquisizione della capacità eiaculatoria — va precisato che sul piano somatico, ormonale e cariotipico il soggetto aveva caratteristiche femminili armonicamente concordanti, mentre la personalità era dominata da un genere di aspirazione alla superiorità molto rigido, tale da non consentire una elaborazione costruttiva di tutta la forza di spinta della sua enorme volontà di potenza. Il concetto di ermafroditismo psichico, secondo Adler, può essere di molto aiuto nella interpretazione di questi casi.

Ritroviamo in molti modelli operativi seguiti da alcune strutture che si occupano di sessuologia all'insegna apparente della psicologia dinamica, quella tendenza a corrispondere « con un atto ad un atto » (Cazzullo) che rappresenta la negazione dello sforzo interpretativo.

Un altro problema delle istituzioni è costituito dal frequente conflitto tra il loro ruolo tecnico e quello ideologico; da ciò deriva talvolta, per il bisogno di prevalere della coerenza ideologica, la tendenza a sottovalutare i dati dell'esperienza e ad omettere o rifiutare la verifica (casi dell'assistenza ai tossicodipendenti, agli handicappati, ecc.). Tutto questo assume il significato di una spinta onnipotente finalizzata alla realizzazione di una sicurezza fittizia.

Potremmo citare l'esempio del modo di impostare l'assistenza sanita-

ria pubblica, in cui si esprimono aspetti dello stile di vita dell'intero Servizio Sanitario Nazionale, direttamente derivante da organi politici e di governo, che oggi appaiono quasi totalmente assorbiti da aspetti economici, dai problemi dei costi, si da far pensare, estremizzando, che un buon modo di dare assistenza sanitaria debba consistere nel risparmiare denaro e nello sperare, o pretendere, che i soli problemi sanitari esistenti siano quelli che richiamano l'attenzione di interlocutori privilegiati ed i corrispondenti stanziamento di fondi. La metodologia di approccio prima delineata ci può consentire di avviare un processo di analisi costruttiva nei confronti di strutture specifiche, come ospedali e loro singole divisioni o reparti, Unità Sanitarie Locali e loro servizi o presidi, ecc.

Analogamente riteniamo di poter procedere per le strutture didattiche e pedagogiche, per le quali si presenta costantemente l'esigenza di avere e di dare la certezza che riescano ad insegnare ed a formare.

In questi ultimi anni, la scuola è stata oggetto di molti provvedimenti, tesi a modificarne le precedenti caratteristiche, imperniate sul nozionismo e sulla competizione, avulse dal mondo reale, e quindi causa di ostacolo allo sviluppo del sentimento sociale.

Oggi, la scuola ha un peso assai maggiore che in passato, non solo per l'incremento della popolazione scolastica, ma anche per la crescente diffusione dell'accesso al livello materno e per la pratica del tempo pieno.

Secondo il punto di vista di Adler, forse, mai come oggi essa ha avuto occasioni per incidere sui ragazzi promuovendo, con l'incoraggiamento e l'accettazione benevola ma realisticamente critica, la ricerca e la scoperta dei loro potenziali interessi, su cui far leva per insegnare cultura, cooperazione, realismo e favorirne la maturazione.

L'insieme dei risultati non appare molto soddisfacente, quando lo si misuri in termini di numero di disadattamenti, di nevrosi, di tossicodipendenze. Sarebbe però colpevole di superficialità chi si proponesse di far carico di tutto questo alla scuola, che, in quanto istituzione, si trova praticamente isolata dal resto del mondo, sul piano operativo, nello sforzo tendente a formare dei giovani, i quali sono immersi in un contesto che non pare riesca o voglia ricomporre positivamente le sue più pesanti contraddizioni. Parlo di isolamento perché è, in effetti, questo lo stato in cui viene a trovarsi invischiato chi riceve la delega ad affrontare, in nome della collettività — ma col tacito mandato di non disturbare troppo quest'ultima — situazioni che sono in parte sintomo dei mali della collettività stessa.

Ciò che vale per la scuola di fronte alla comunità, vale anche per l'insieme delle strutture sanitarie e sociali nei confronti di un pubblico indifeso sotto il profilo preventivo, come vale per un singolo psicoterapeuta che riceva mandato, da una famiglia patologica, di curare un suo componente, che solitamente è il capro espiatorio di un qualcosa che esorbita dalla sfera della sua singola e specifica personalità.

L'analisi delle strutture porta a rilevare fenomeni che riproducono, nel macrosociale, spunti analogamente osservabili nel microsociale. Ricor-

diamo, inoltre, i cannibalismi invasivi di cui anche la scuola è oggetto; l'ambito didattico-pedagogico è attualmente terreno di azioni di conquista, svolte da strutture non specificamente didattiche, che si propongono funzioni di insegnamento, allo scopo di realizzare quella estensione delle attività, che Parenti e Pagani indicano come compensazione nevrotica, grazie alla quale tendono a darsi riconferma della loro validità, per altro verso posta in dubbio dai risultati e dalla qualità del loro operare nei rispettivi ambiti specifici, che assai frequentemente appartengono al settore sanitario.

Molte delle cose qui citate attengono ad elementi oltremodo noti, tanto da poter essere considerati luoghi comuni. Credo però che, per noi adleriani, il problema principale non consista tanto nella ricerca di fatti nuovi, quanto nella impostazione di una modalità di approccio che, attingendo ai contenuti ed al significato della nostra formazione, sviluppi ed approfondisca metodologie praticabili, da mettere al servizio della collettività.

Vorrei aggiungere qualche altra riflessione.

Il quadro che ho delineato, in negativo, corrisponde a ciò che ognuno di noi rileva, quando si impegna su temi riguardanti problemi di sofferenza e di disagio. Credo però di dover tenere anche in considerazione il fatto che determinati fenomeni odierni sono l'espressione di un momento dinamico dell'intera società in cui viviamo, all'interno della quale molte situazioni e molti ruoli sono rivoluzionati per una serie di motivi sociali, politici, economici, culturali, facenti parte di questa dimensione storica.

Adler ci ha insegnato che il sentimento sociale, traguardo massimo cui possiamo aspirare, anche per realizzare positivamente le nostre spinte alla superiorità, comporta la consapevolezza e la capacità di accettare, praticare e favorire due importanti fenomeni umani: la divisione del lavoro e la cooperazione.

Divisione del lavoro significa essere capaci di assolvere compiutamente ad un ruolo, senza soggiacere alla schiavitù della volontà di potenza; cooperazione significa essere in grado di articolare il nostro agire con quello degli altri, in una situazione di consapevolezza degli scopi perseguiti, i quali contengono sempre elementi che trascendono o limitano le finalità dei singoli individui o gruppi.

E' un modo di intendere e praticare la democrazia, che per essere tale richiede il pronto riconoscimento di eventuali spinte alienanti, in contrasto con le esigenze di sinergismo sociale.

Forse, sul piano pratico, il sentimento sociale richiede, non soltanto disponibilità emotiva ed accettazione di ruoli funzionali, ma anche adeguata conoscenza dell'insieme in cui i nostri ruoli si collocano per cooperare.

E' questo il motivo per cui le nostre analisi non possono rivolgersi soltanto alla ricerca di cause remote, o di elementi isolati, ma debbono portarci a conoscere i contesti e le mètte; senza ciò sarebbe, oltre tutto, impossibile partecipare alla scelta ed alla costruzione delle mètte stesse.

Divisione del lavoro e cooperazione, temi che troviamo descritti ed approfonditi da Adler nella Conoscenza dell'uomo, e sui quali varrebbe la

pena di aprire un dibattito, dal momento che richiamano concetti in altre sedi molto avversati, in quanto associabili ad immagini di costrizione, di emarginazione, di accettazione passiva, di sfruttamento.

I criteri della divisione del lavoro e della cooperazione possono essere applicati anche all'analisi delle strutture; essi possono aiutare nelle verifiche di congruenza già citate: quale è il ruolo di una istituzione, come essa coopera con le altre istanze e forze del mondo sociale, come e quanto essa contribuisce alla promozione della maturazione e del benessere.

Poiché le strutture istituzionali, tra cui troviamo anche quelle socio-sanitarie e scolastiche, sono inserite in sistemi gerarchizzati secondo criteri di prevalenza, ma non omogenei (ad esempio, il criterio economico non sempre si armonizza con le esigenze etiche e culturali e le strutture finanziarie finiscono per determinare, specie in campo pubblico, la strutturazione e la organizzazione delle altre) credo che un primo elemento da sottoporre all'attenzione sia la individuazione delle reali possibilità di intervento di una certa struttura, rispetto al campo di azione che i suoi fondatori e le aspettative della gente le attribuiscono.

E' un processo di analisi che ha il suo punto di fulcro in un costante esame di realtà, la cui funzione non è solo di verifica di efficienza, ma di ricerca dello scopo e del traguardo cui una struttura tende, con quel certo modo di operare e con quei certi mezzi a disposizione.

In questo si esprime lo stile di vita delle strutture, che può assumere connotazioni nevrotiche, anche al di là e contro le intenzioni di chi le crea, le amministra e le gestisce, solo ad esempio, perché esse possono operare su dei binari, al cui interno alcuni elementi vengono dati per certi senza verifica.

Facciamo un esempio: i consultori familiari hanno compiti di informazione, assistenza e indirizzo, per problemi riguardanti la famiglia, la procreazione, la tutela della maternità e dell'infanzia; i servizi di igiene mentale hanno compiti di prevenzione dei disagi psichici e di assistenza a soggetti con disturbi psichiatrici. Può accadere che una persona o una famiglia con problemi psichici si presenti al consultorio adducendo un qualcosa di formalmente definito, tipo paura di avere, o di non poter avere figli, o altro. La struttura, che non è attrezzata per aiutare soggetti che stanno nel confine tra la « normalità » e la patologia, darà probabilmente risposte coerenti al suo schema operativo istituzionale, finendo per rischiare di favorire la dilatazione dello sviluppo già patologico di un qualcosa, sintomo esplicito di altri problemi più complessi e non superficialmente individuabili. Tali situazioni possono essere superate con una corretta pratica della divisione del lavoro e della cooperazione, entrambe mirate a dare un valido aiuto a chi ne ha bisogno, senza perseguire mète di onnipotenza, quali possono essere espresse da comportamenti caratterizzati dalla tendenza autistica ad ipervalutare i propri mezzi e sistemi ed a svalorizzare quelli degli altri.

L'approccio allo stile di vita di alcune istituzioni di riconosciuta im-

portanza, con tutte le relative implicazioni di risultati e di acquisizioni utilizzabili in senso costruttivo, richiede, non già il trasferimento dei metodi della grande analisi, ma un solido possesso di quel « senso analitico », che solo può derivare dalla formazione e dalla pratica analitica. A questo si aggiunge l'indispensabile messa a confronto di dati acquisiti e di spunti interpretativi, nell'ambito di quel dialogo formativo che sempre dovrebbe essere mantenuto attivo dagli analisti adleriani.

PIER LUIGI PAGANI

ATTUALI PROBLEMI DI ORDINE ETICO NELLA PSICOTERAPIA DI LINEA ADLERIANA

CONCETTI INTRODUTTIVI

Le norme etiche sono certamente, almeno in parte, frutto di convenzioni variabili nel tempo e nello spazio e connesse al tipo di cultura. Esistono però alcuni valori morali che non possono essere considerati relativi. Essi costituiscono comunque un presupposto irrinunciabile per un'armonica convivenza civile e, a livello più ristretto, per la felicità dell'individuo. Nel mondo contemporaneo le civiltà più evolute sostengono da un punto di vista teorico tali principi, anche se spesso li infrangono nella prassi. Alcune collettività, poi, hanno nella loro cultura contenuti apertamente in contrasto con quello che potremmo definire un minimo comun denominatore etico.

La psicologia individuale comparata adleriana ha in sé un'ispirazione che coincide proprio con l'etica superiore, non relativa. Essa auspica infatti la preparazione di individui-cittadini consapevoli della propria irripetibilità, lieti di esprimerla e assieme capaci di armonizzarsi con altre unità individuali non standardizzate. Sul piano sociale questo è già un concetto politico, senz'altro morale, ma per il momento ancora in parte utopico. Sul piano psicoterapeutico, invece, e quindi in un ambito purtroppo più contenuto, questo programma può avere incidenze di realizzazione non trascurabili. Ad esso si frappongono però degli ostacoli. Persistono inoltre, al riguardo, numerosi interrogativi non scevri di ambiguità.

La finalità della psicoterapia adleriana è quella di avviare il paziente a un equilibrato appagamento delle proprie esigenze affermative in ogni campo, ma in modo non lesivo sui suoi simili ed anzi con la capacità di integrarsi ad essi. Ciò resta nell'etica superiore prima esaminata. Lo stesso terapeuta, però, non può violare un impegno di rispetto per gli altri e quindi non può esercitare un plagio sul paziente, soffocando il suo libero arbitrio. Egli deve dunque limitarsi a presentare la condizione di non lesività come la più appagante per l'uomo, analizzando le opposte condizioni di lesività come artifici di compenso distorti, innaturali e generatori d'infelicità. Se non facesse così, con un inconsapevole bisticcio, per imporre l'etica la infrangerebbe.

Sussistono poi casi particolari in cui il pieno recupero del paziente è pragmaticamente subordinato a scelte di vita senz'altro inquadrabili nel minimo comun denominatore etico, ma contrastanti con le convenzioni etiche relative, nell'ambito delle quali il soggetto ha formato il suo stile di vita.

Non ritengo che qui l'operatore abbia il diritto di forzare il soggetto, spingendolo verso la soluzione migliore in astratto sotto il profilo terapeutico, ma generatrice d'angoscia per tradizioni assorbite. Egli dovrà invece, sempre a mio parere, aprire l'ampia gamma di scelte affidate al libero arbitrio dell'analizzato e articolabili in linee di compenso dirette oppure sostitutive.

Ben diverse sono le circostanze in cui certe sottoculture inducono ad azioni chiaramente eterolesive, anche se considerate in quella relatività come « buone ». Dovrebbe valere qui l'impegno etico del terapeuta di rendere consapevole il paziente che la sua morale relativa è in realtà in contrasto con l'etica superiore e non può dare felicità.

Mi rendo conto che in alcuni aspetti le opinioni che ho esposto in apertura entrano in frizione con l'ortodossia analitica, ma sono convinto della loro validità. Altre norme etiche, riguardanti ad esempio il comportamento del terapeuta verso il paziente, sono largamente accettate anche in via teorica e me ne occuperò pertanto solo con accenni. Questa relazione intende sviluppare con maggiore dettaglio i settori di metodologia connessi all'etica (e talora anche il mio modo di viverli), la cui adlerianità è caratterizzata da maggiore autonomia.

ETICA PSICOTERAPEUTICA E SESSUALITÀ

E' questo il campo in cui, per opinione comune, la psicologia individuale è più in conflitto con la freudianità. I meno informati ritengono addirittura che gli adleriani non se ne occupino. Per quanto mi riguarda, invece, è quello che offre le soluzioni più convincenti, meno sofferte. Ricordo, per coloro che ancora non lo sapessero (e spero che non esistano in questa sala), che la psicologia di Adler non restringe, ma allarga lo studio della sessualità, arricchendolo con la gamma di sfumature che connotano il rapporto interpersonale, di cui l'eroticismo è un settore. Già questa considerazione di base rende meno traumatico l'approccio al problema per il paziente. Vi sono comunque casi in cui il fulcro del problema risiede proprio nella dinamica sessuale, investita talora da un senso di colpa, che per noi implica degradazione e quindi inferiorità. Rientriamo qui, in modo specifico, nella esemplificazione generica avanzata in apertura. Dire al paziente « Tu potrai guarire solo avendo i rapporti sessuali che ti precludi » significa non rispettare il suo libero arbitrio. Dirgli invece « Puoi scegliere fra una disinibizione diretta in campo sessuale e altre vie di compenso sostitutive, senza considerare però la sessualità come abietta » significa chiarirgli il problema e garantirgli assieme la libertà di osservare o meno la sua etica relativa.

Il modello di sessualità armonica proposto dalla psicologia individuale è anche un modello etico, poiché s'inserisce in una visione più ampia del rapporto fra i partners, implicante un'accettazione reciproca e una compartecipazione emotiva intensa e scevra di elementi sadici. Anche noi adleriani, come gli psicoanalisti, consideriamo matura la sessualità che si sia liberata dal narcisismo, ma ci differenziamo da loro allargando notevolmente

i concetti sia di narcisismo che di maturità. L'uno e l'altra sono estesi per noi a una gamma fenomenologica interpersonale. Questo tipo d'inquadramento è di grande utilità nel recupero delle disfunzioni, subordinato alla conquista di una relazione, anche se contingente, impostata sul desiderio di gratificare oltre che su quello di essere gratificati. Una premessa, di sicuro sapore etico, al superamento delle varie forme d'impotenza e di frigidità, è rappresentata dall'addestramento a considerare quel « qualunque cosa » che accada nell'atto erotico non aggressivo come una forma di comunicazione emotiva, di per sé valida e liberatoria per la coppia. Si rendono così inutili quelle difese funzionali, che hanno quasi sempre significato profondo di una competizione con corollari variabili di paura, compiacimento sadico, difesa astensionistica verso il rischio. Uno scambio che non sia guerra e neppure gara è certo uno scambio più morale.

Per quanto riguarda il gruppo di anomalie comportamentali erotiche, che impropriamente e globalmente si definiscono perversioni, condivido la sottoclassificazione adottata da Parenti in « deviazioni » e « perversioni vere ». Le prime presentano modalità di appagamento sessuale atipiche ma non lesive sul partner. Le seconde implicano sempre invece un'intenzione lesiva pragmaticamente o simbolicamente espressa. Ritengo anzi che la suddivisione dovrebbe essere ancora più fine, entrando nell'ambito della stessa forma. Così un omosessuale che abbia rapporti con una persona consenziente e adulta del proprio sesso esercita una sessualità anticonvenzionale, ma non propriamente immorale. Un eterosessuale o un omosessuale che, per contro, spingano al rapporto con la violenza o con il plagio persone non consenzienti o incapaci di operare una libera scelta (ad esempio bambini) compiono qualcosa di ben più grave di un atto atipico e infrangono perciò una morale superiore e non solo relativa.

Nelle semplici deviazioni, la psicoterapia analitica dovrebbe interpretare le motivazioni profonde delle forme di comportamento o di desiderio in esame, lasciando poi libero il paziente di una scelta convenzionale o minoritaria, quest'ultima inquadrata in tutte le sue conseguenze. Il trattamento delle perversioni (che secondo la definizione prima data implicano lesività), per essere etico, deve illustrare al paziente la drastica e inamovibile negatività individuale e sociale delle sue compensazioni.

ETICA PSICOTERAPEUTICA E RELIGIONE

Il tema è già stato indirettamente toccato nel paragrafo precedente, che riguarda anzi i suoi aspetti più frequenti e scontati: quelli della morale sessuale. Il rispetto dell'etica religiosa, anche relativa, del paziente, è un preciso dovere del terapeuta, impegnato dal suo ruolo a interpretare, ma non a costringere né a plagiare. Altri argomenti morali delle grandi religioni (ad esempio l'impegno d'amore e quindi di non lesività per il prossimo) coincidono con l'etica adleriana e dunque non pongono problemi per il trattamento di pazienti legati a queste confessioni.

Questioni spinose possono insorgere invece nella terapia di soggetti

che professano alcune religioni minori o poco evolute, quando la loro osservanza impegna a una lesività diretta o indiretta. Il carattere patologico-sociale di questo ramo di cultura e il carattere patologico-personale della adesione (quando questa non avvenga per condizionamento d'origine), devono essere a mio parere analizzati e spiegati al paziente.

Un aspetto particolare del problema appare quando il soggetto in terapia costruisce ed esercita modalità personalizzate e quindi non culturali di espressione religiosa, inquadrabili decisamente nella patologia. Il caso più tipico, fra quelli trattabili, è quello degli ossessivi che elaborano rituali inventati di sapore in realtà più magico che religioso. Talora essi tendono a difenderli con tenacia, rivendicando la libertà di osservarli come libertà religiosa. Le armi dell'analista sono qui quanto mai adleriane, poiché impostate sullo smascheramento di una finzione. È possibile convincere i pazienti che le loro compensazioni sono in effetti antireligiose, in quanto dirette a un'assurda e onnipotente forzatura della divinità. Qui dunque l'impegno etico dello psicoterapeuta a rispettare il libero arbitrio del paziente non si configura.

Non tratterò in questa sede le deviazioni religiose che si manifestano nel corpo di un delirio. Anche in questo caso la carenza di autocritica del soggetto trattato non solleva problemi di libero arbitrio e di etica terapeutica.

ETICA PSICOTERAPEUTICA E POLITICA

Il problema presenta aspetti in parte affini a quelli offerti dalla tematica religiosa, aggravati dalla particolare sensibilizzazione politica del momento storico in cui viviamo. Ogni scelta politica convinta è in realtà una finzione. Anche il terapeuta, che è assieme un cittadino, non può sottrarsi al fenomeno. Sarebbe assurdo inquadrarlo nella patologia, anche se spesso è venato di acriticità. Il crescente esercizio della psicoterapia nell'ambito di strutture pubbliche delinea poi dinamiche di gruppo che ravvivano le finzioni e disturbano non di rado l'etica psicoterapeutica (1).

Il principio della non interferenza da parte del terapeuta nelle opinioni politiche del paziente dovrebbe riassumere l'etica professionale in questo campo. In realtà si tratta di una formulazione troppo generica, che non può adattarsi in modo semplicistico a tutte le sfumature e alle varianti del problema. Esso vale certamente a tutela della libertà di pensiero dei soggetti in terapia e previene uno sfruttamento immorale del transfert a scopo di plagio. Come comportarsi però, eticamente, di fronte a scelte politiche anche d'azione che implicano sadismo o almeno una cospicua eterolesività e possono essere inquadrate, secondo la psicologia individuale, come compensazioni abnormi? L'operatore, in questi casi, è in una posizione ambigua, combattuto fra due opposte esigenze etiche.

(1) F. PARENTI - P.L. PAGANI: « *La volontà di potenza delle strutture come fattore di disturbo per le finalità etiche della psicoterapia* », Comunicazione al convegno autunnale della Società Italiana di psicoterapia medica, Firenze, novembre 1980.

Non credo che sia possibile tracciare, a tale proposito, una linea di condotta rigida, onnirisolutiva. A mio parere si dovrà vagliare con cura l'incidenza dei fattori storici collettivi e di quelli individuali sulla genesi della scelta. Il vissuto del paziente e il suo eventuale compiacimento morboso nell'esplicazione della violenza fanno indubbiamente parte del suo stile di vita e sono perciò doverosa materia di analisi e di successiva spiegazione. D'altra parte i grandi eventi socio-politici, come le guerre e le rivoluzioni, prevalgono a volte nel condizionamento dell'individuo e rappresentano un obiettivo che esce dalla portata d'intervento dello psico-terapeuta e forse dal suo diritto a intervenire, anche se possono considerarsi come aspetti di una patologia collettiva. Gli analisti adleriani sono per assunto anche socio-psicologi con un impianto etico e pertanto impegnati a battaglie d'opinione per l'armonia dei rapporti collettivi. Tale impegno civile non può invece esprimersi integralmente, a mio parere, nell'ambito di un rapporto terapeutico centrato sull'individuo, in cui gioca un ruolo fondamentale il rispetto del libero arbitrio del paziente. In questa sede, insomma, l'interpretazione non può divenire imposizione.

Nel già citato lavoro sulla volontà di potenza delle strutture ho sviluppato più in dettaglio il tema del danno iatrogeno derivante da interpretazioni viziate per proselitismo ideologico: se un paziente acquisisce la convinzione che la sua devianza psichica non potrà essere superata senza cambiamenti, al momento non prevedibili, della società in cui vive, potrà insorgere in lui una reazione depressiva, indotta dal trattamento e moralmente imputabile a chi lo ha condotto.

TUTELA INDIRETTA DELLE PERSONE CON CUI IL PAZIENTE HA RAPPORTO

Non è raro che la normalizzazione dello stile di vita del paziente implichi la sua emancipazione da determinate figure, specie familiari, o comunque un' incisiva revisione di alcuni suoi legami. L'etica del trattamento richiede allora che tali sganciamenti o modifiche avvengano senza che il rinnovamento crei delle vittime drasticamente punite per loro comportamenti anch'essi, in genere, di ordine nevrotico e quindi meritevoli di una ragionevole solidarietà da parte dell'analista. Se tale impegno morale dovrebbe valere per i terapeuti di ogni indirizzo, esso assume, nei trattamenti di linea adleriana, un più ampio significato, non soltanto etico, ma collegato a una particolare concezione del « guarire ». La psicologia individuale, infatti, non configura il recupero come una pura sistemazione di dinamiche pulsionali, ma prevede di avviare i soggetti in cura certo a un'autonomia, ma anche a una considerazione armonica e solidale dei loro simili. E' quasi sempre possibile tener conto assieme dell'una e dell'altra esigenza.

Il caso più frequente riguarda la necessità di superare dipendenze inibenti dalle figure materna o paterna. Quando il paziente, al termine del-

l'analisi, colpevolizza con rancore la madre o il padre, paga quasi sempre un prezzo d'angoscia da senso di colpa per la libertà conquistata: non può dirsi dunque « guarito », poiché la nuova situazione finisce per indurre a sua volta una sintomatologia nevrotica. Se invece egli fonda la sua dichiarazione d'indipendenza sul rispetto emotivamente partecipante per la sofferenza altrui e riesce a trovare nuove formule che uniscano la solidarietà alla non subordinazione, non cade nelle pieghe di una nevrosi secondaria da pseudoguarigione. Altrettanto può dirsi, se pure con diverse angolature, per la revisione dei rapporti fraterni, di coppia, d'amicizia o di lavoro.

Nell'ottica adleriana, dunque, la tutela indiretta delle persone con cui l'analizzato ha significativi legami non prende corpo in forzature etiche, ma si colloca con naturalezza negli obiettivi generali del trattamento.

L'AGGRESSIVITA' NELLE DINAMICHE TRANSFERALI E CONTROTRANSFERALI

Toccherò solo il tema dell'aggressività, fra i molti di sapore etico reperibili nel transfert e nel controtransfert, poiché gli altri sono ovvii e già ampiamente trattati: che l'analista, ad esempio, non debba utilizzare il transfert per suoi vantaggi connessi a sfruttamento sessuale, di lucro, ecc., fa parte di una comune e accettata deontologia. Il comportamento aggressivo in seduta del paziente, dell'analista o di entrambi può essere invece visto sotto diverse angolature, su cui mi soffermerò.

L'aggressività dell'analizzato deriva, secondo gli psicoanalisti, da una « nevrosi di transfert » che ipertrofizza conflitti infantili rivolgendoli verso l'operatore. In tale luce, essa rappresenta un momento di crisi utile all'approfondimento analitico e può essere intenzionalmente lasciata agire, anche se ansiogena per l'individuo e per il rapporto specifico. Per noi adleriani, invece, essa è per assunto « sofferenza », poiché inquadrabile come compensazione distorta che dà infelicità e può contaminare anche, a macchia d'olio, relazioni esterne. E' quindi dovere etico dello psicologo individuale smascherarla come finzione negativa, avviando il soggetto a un superamento in seduta della conflittualità palese. Se questa è sostituita da una solidale compartecipazione emotiva, il nuovo rapporto che ne nasce assume un ruolo di modello e influenza in modo benefico tutto lo stile di vita. Escludo anche che ciò inibisca l'affiorare di contenuti profondi: se è vero che essi talora scaturiscono dall'ira o dal rancore, è altrettanto vero e meno pericoloso che essi vengano alla luce anche, e forse più intensamente, quando sono sollecitati da una garanzia di comprensione. Questa scelta è assieme più produttiva e d'ispirazione etica.

L'aggressività dell'analista è per la verità raramente clamorosa e diretta. Ha però modi sottili e perversi di presentarsi. Così il silenzio è sadico quando sembra alludere a una non accettazione. Così sono ancora più apertamente sadici certi intenzionali artifici volti a suscitare la frustrazione e quindi una iatrogena situazione di crisi, male intesa come indispensabile

per l'approfondimento. Fa da alternativa a tale linea di condotta quella opposta e tipicamente adleriana del processo d'incoraggiamento. La seduta può essere odiata, temuta o attesa per liberare pulsioni di vendetta, ma può essere anche aspettata come oasi liberatrice, di conforto. E' un programma d'azione terapeutica senz'altro etico, ritengo più efficace, ma con un suo prezzo da pagare per lo psicoterapeuta: di coinvolgimento, di rinuncia alle difese iniziatiche, di concentrazione obbligata e duttile per tutto l'iter del trattamento.

DEONTOLOGIA E RAPPORTI CON I COLLEGHI

Ritengo che la psicoterapia, anche analitica, possa essere retta da norme deontologiche sovrapponibili a quelle della professione medica, pure se condotta da non medici. Così l'impegno ad evitare ogni distruzione critica di altri operatori cui si sia rivolto il paziente riassume in sé dettami deontologici, ma anche più fini postulati di tutela dei soggetti. Una svalutazione drastica di altri trattamenti può indurre infatti il riaffiorare di diffidenze anche verso i successivi, inattivandoli. Il rancore verso gli ex genitori analitici, poi, consolida in genere tratti etero e autolesionisti dello stile di vita e delinea un alibi fittizio per accantonare le più impegnative forme di responsabilizzazione attiva.

Ancora una volta, dunque, l'etica si pone al servizio della funzionalità.

PSICOLOGIA INDIVIDUALE E SOCIETA'
COMUNICAZIONI SUL 1° TEMA

FRANCO MAIULLARI - ALBERTO MASCETTI

POSIZIONE SOCIALE DELLA PSICOLOGIA INDIVIDUALE E FORMAZIONE DEGLI OPERATORI

La capacità umana di realizzarsi psicologicamente e cioè di costruirsi dei sistemi di riferimento affettivo-relazionali e conoscitivi (stile di vita) all'interno dei quali muoversi e sviluppare dinamicamente il sentimento di sicurezza presenta delle caratteristiche di generalità e di variabilità per cui in base alle prime è possibile elaborare un quadro teorico di riferimento ed in base alle seconde è possibile fare delle considerazioni sulle determinanti socio-culturali specifiche che operano nel senso di una continua mediazione tra desideri e timori, aspettative e storia, simbolico ed esistenza. E' a queste seconde caratteristiche che ci riferiremo principalmente, pur tenendo presente che lo stile di vita è un sistema complesso e sintetico che si compone di molteplici livelli dinamici e relazionali e non si esaurisce né nelle dinamiche individuali e intrapsichiche né nelle relazioni sociali.

1. Lo sviluppo della società occidentale appare sempre più permeato da uno spirito tecnico-scientifico-operativo che ha realizzato una demitizzazione e desacralizzazione del mondo arrivando all'assurdo di non riuscire a presentare come certezza psicologica le stesse conoscenze scientifiche su cui si basa. Ad esempio le scoperte della fisica e della chimica suscitano timori di distruzione totale, le scoperte mediche non risolvono problemi complessi come quelli della tossicomania e dell'alcolismo, le incredibili acquisizioni ed operazioni bio-molecolari e genetiche alimentano fantasmi di manipolazione, trasformazione e controllo della personalità, quindi degli attacchi all'essenza stessa dell'uomo.

I riferimenti sociali ideali sono sempre più assenti e pertanto si assiste ad una carenza di modelli e ad una crisi di valori risolvibili, che sono sostituiti da valori quotidiani tipici dell'attuale economia che si basa sul consumismo e quindi sul consenso del più largo strato possibile di popolazione che riesce ad ottenere con strumenti che hanno una ramificazione così estesa ed una capacità di penetrazione così profonda da totalizzare ed uniformare quei valori stessi.

Questa situazione di crisi si riflette nella famiglia il cui ruolo si dissolve nella misura in cui si svuota del suo valore relazionale e nucleare primario. La madre alla conquista di nuovi spazi e dimensioni ed il padre attaccato dalle nuove mode sono sempre meno in grado di presentarsi come modello e di recuperare e rielaborare i conflitti. Il gruppo familiare nel suo complesso è sempre meno autonomo, non solo per le competenze economiche ma anche per quelle affettivo-emotive. Una razionalizzazione dei ser-

vizi e delle offerte sociali permette ai genitori di deresponsabilizzarsi e quindi di attenuare il loro senso d'impotenza, vissuto a volte come senso di colpa, proprio nella misura in cui si perde e si dissolve nei meandri dell'apparato burocratico.

Generatrice di disagio, la cultura attuale offre delle risposte-soluzioni sempre più specialistiche, pubbliche, esterne alla famiglia in cui è difficile trovare quel dosaggio di amore di cui ha bisogno soprattutto il bambino piccolo per il suo sviluppo o almeno è difficile che esse possano costituire dei modelli affettivi con cui giocare costruttivamente l'avventura della crescita e della maturazione psicologica.

E' una società affettivamente « distante » in cui pertanto i modelli identificatori e mediatori di valore sono costituiti da rappresentanti o situazioni sociali « distanti », oggettivi e anonimi, attraverso i quali la dialettica dell'opposizione-conflitto-sintesi-maturazione viene ad essere depauperata di uno dei componenti della relazione. L'altro è sempre meno un altro-persona ed è sempre più un altro-fantasma e pertanto più che di dialettica sarebbe meglio parlare di situazioni autistiche, dissociate, narcisistiche dove la dissociazione esistente tra individuo e società induce il loro relativo autismo e narcisismo. I loro punti d'incontro più che critici e maturativi sono seduttivi e regressivi (il consumismo stesso può essere inteso come partecipazione a modelli regressivi), sono rapporti di dipendenza reciproca, anonima e non elaborabile, sono rapporti che in qualche modo richiamano uno stato di permanente fusione magico-onnipotente.

La cultura consumistica si esaurisce nel quotidiano e facilita la perdita del senso storico inteso come sintesi ed assunzione del passato, del presente e del futuro sia individualmente che socialmente concepito. La storia che dovrebbe essere divenire e progetto è invece prigioniera del quotidiano. Vivere nel presente, con i suoi ripiegamenti individualistici e narcisistici, diventa la nuova moda, il nuovo mito, la nuova illusione di salvezza, dove in fondo l'inebriarsi di quotidiano nasconde una politica spicciola di sopravvivenza.

La dilatazione delle offerte immediate e seduttorie caratterizza la società attuale come società dai desideri impossibili, sia per l'impossibilità effettiva di realizzare le proposte presentate, sia perché vengono evasi i desideri più profondi. Si assiste ad un dislivello che vede da una parte un'offerta di immagini e di simboli sempre più ampia e ridondante e dall'altra una minore possibilità di mediare lo stacco che si crea tra l'esistenza ed il possibile. E' come se, di fronte ad una promessa grandiosa, una promessa di onnipotenza, l'individuo l'accarezzi, la coltivi, la faccia sua e poi voglia realizzarla nel quotidiano immediato: illusione caotica e disperata che genera delusione e ripiegamento. La spinta ad un successo idealizzato, immediato, facile e a disposizione di tutti allarga sempre di più la voragine dell'esistenza in quanto si promette la realizzazione immediata di cose che fanno parte dei risultati di tutto il corso dell'esistenza. Il quotidiano così diventa sempre più impotente a soddisfare le spinte dei possibili ed effimeri simbolici a cui l'individuo è sottoposto dagli innumerevoli messaggi sociali.

Se indichiamo, seguendo M. Eliade, come profani quegli elementi dell'esistenza che hanno delle coloriture affettive insignificanti, sconosciute, pericolose, etc. (tutto ciò nel mondo primitivo viene equiparato al caos, al disordine, all'estraneo) e come sacri i contenuti carichi di senso affettivo e quindi capaci di mediare, di risolvere, di portare al di là della crisi, di superare nel quotidiano le continue minacce di perdita della presenza (E. De Martino), vediamo che nella società attuale la differenza tra sacro e profano in partenza sembra ridotta grazie alla maggiore conoscenza scientifica del mondo, ma in sostanza si dilata perché le risposte tecniche non corrispondono ad altrettante risposte affettive circa il senso delle cose della vita. Il sapere soddisfa alcuni bisogni epistemologici senza aumentare per questo necessariamente il sentimento di sicurezza che si colloca su di un altro piano. Il bagaglio tecnico non solo non fa aumentare automaticamente il sentimento di sicurezza ma addirittura lo può ridurre quando critica e distrugge le conoscenze parascientifiche, in particolare le modalità mitico-rituali di comprendere il mondo.

Il profano dell'esistenza è sempre più grande e caotico ed il sacro è sempre più lontano ed incapace di operare come risolutore. Ad esempio gli aspetti sacri contenuti nei rituali connessi con la morte, nei riti funerari, nei miti rigenerativi e in tutte quelle cose che girano attorno al concetto di fine dell'esistenza, lutto, abbandono, perdita, etc. e che tentano di ripiassmare culturalmente i rischi della presenza, sono dimenticati, rimossi, sostituiti da rituali più asettici, sono filtrati da una cultura profana più tecnica e più scientifica le cui risposte però soddisfano l'intelligenza ma risolvono meno il conflitto affettivo che si consuma nella solitudine e nella mancanza di significato e di valore dell'esistenza.

Il disfaccimento mitico-religioso svuota le immagini ed il linguaggio, il sacro ed i suoi valori dialettici sono sostituiti da relazioni profane che rimandano ad un oggetto definito sociale, ma in realtà solo burocratico ed anonimo e che pertanto sfugge alle dinamiche proiettive ed identificatorie tipiche delle relazioni in cui la parola, l'immagine e la presenza conservano il loro significato. Il nuovo tipo di individuo sociale risulta essere ripiegato su se stesso, senza interlocutori, affetto da una patologia narcisistica, così come alcuni l'hanno definita, con un'esistenza ricca di stimoli quotidiani e povera di risposte.

In questo frammentarsi e perdersi dell'uomo come totalità gli strumenti intellettivo-cognitivi possono agire come compenso o ipercompenso, nel qual caso si percorre un'altra strada regressiva che porta alla convinzione della possibilità della conoscenza assoluta della realtà, ai tentativi di costruzione del massimo sistema, al tutto spiegare-tutto comprendere (secondo uno schema interpretativo più o meno immutabile che ricorda i modelli mitologico-rituali dell'eterno ritorno senza averne i risvolti mediatori e risolutori), alla sostituzione della qualità con quantità. Questo ultimo aspetto è esemplificato in modo paradigmatico da quelli che Christopher Lasch chiamava i supermercati spirituali, tipica espressione consumistica di nuovi valori (si possono avere subito a disposizione corsi di meditazione, agopuntura, alimentazione naturale, bioenergetica, tecniche

di rilassamento, corsi per lo sviluppo di una nuova coscienza, etc.).

Altre volte l'individuo cerca di ricrearsi una cultura sacra che scade però in improvvisazioni e mistificazioni (sette, guaritori, occultismo, etc.) oppure si è di fronte a tentativi più articolati nei quali potremmo inserire ad esempio la nascita delle nuove religioni (si veda ad esempio il loro rifiorire nel mondo orientale ed in particolare in Giappone e il loro fondarsi sull'adorazione di divinità riferite a grandi personalità del passato o addirittura a individui viventi superiori). Di fronte a tali fenomeni ci si può chiedere se questi strumenti raggiungano lo scopo di creare il malessere e soddisfare bisogni individuali e sociali. In generale si ha l'impressione di trovarsi di fronte a nuove espressioni del sacro che non riescono a saldare l'angoscia ed il suo superamento. Sono riti occasionali ed improvvisati che non legano nel quotidiano il passato ed il futuro dell'esistenza e pertanto il presente diventa qualcosa da oltrepassare e divorare insaziabilmente, qualcosa che non appaga e che viene distrutto in continuazione perché poco pregnante di significato e di memoria storico-sacra (non c'è più memoria del passato, cioè della nostra origine, e non c'è pertanto reale capacità di prospettiva futura; non c'è significato sacro in quanto niente si presenta con le caratteristiche di strumento collaudato per superare la crisi).

Tra questi strumenti poveri di consistenza e di valori risolvanti potremmo includere anche il mondo della tossicomania con la sua sottocultura ed i suoi rituali.

2. Vediamo quindi che la nuova cultura sfrutta il desiderio individuale e sociale di originale, di mitico, di sacro, etc., presente ed insoddisfatto, per proporre delle soluzioni aggiornate rispetto ai valori tradizionali. Ci sembra di poter cogliere almeno due tipi di risposte che interessano più direttamente il campo della psicologia e della psicoterapia. Da una parte si hanno dei tentativi di riempire questi vuoti con improvvisazioni (sette, neoformazioni di gruppi religiosi, occultismo, guaritori, psicoterapeuti improvvisati, etc.), dall'altra parte si hanno delle creazioni più elaborate che fanno pensare a nuovi modelli culturali mitici.

Sulle prime risposte faremo solo una breve considerazione. L'uso così frequente che si fa nella nostra società del guaritore, del mago, del cartomante, etc., fa pensare da un lato che lo sviluppo scientifico ed il benessere economico non hanno rispettivamente né piegato, né risolto il problema dell'ansia, della tensione, del desiderio, dell'angoscia esistenziale e dall'altro lato fanno pensare al fatto che ci troviamo in situazioni di scarsa differenziazione e quindi di crisi in cui si ricorre regressivamente alle varie scienze occulte come a quel sacro della crisi esistenziale corrispondente al caso sacro di alcuni rituali primitivi (si veda a quest'ultimo proposito l'importanza dell'estrarre a sorte per designare la vittima sacrificale). In situazioni di crisi viene sacralizzato uno degli aspetti fondamentali dell'esistenza che a volte si presenta come il più immediato e terribile: la casualità dell'esistere ed anche la casualità dell'accadere dei fenomeni naturali. Oggi il caso ci lascia sconcertati e soli con la nostra impotenza, insufficienza, insicurezza (per inciso sottolineiamo il fatto che l'originale con-

cetto di sentimento d'inferiorità abbia anche queste coloriture cosmiche di cui parla H. F. Ellenberger a proposito delle strutture dialettiche del pensiero adleriano).

Questi primi tipi di risposta non li prenderemo ulteriormente in considerazione dato che sono palesemente mistificatori benché possano meritare in altra sede molta attenzione come nuovi e frammentari fenomeni del sacro.

Faremo invece qualche considerazione in più sul secondo tipo di risposta e cioè quello che propone dei nuovi modelli culturali mitici in quanto in esso possono essere inserite alcune scuole psicologiche. Secondo noi un modello che propone come assoluti degli schemi e delle ipotesi interpretative individuali e sociali rivela l'altra faccia delle nuove espressioni del mito e del sacro. Abbiamo detto che lo sviluppo psichico presenta delle caratteristiche di generalità che permettono di tracciare un quadro di riferimento. Tale quadro però non è segnato una volta per tutte e non lo si può utilizzare come una griglia dove sistemare i pezzi di un mosaico « già conosciuto da sempre »; esso invece va definito e riempito con contenuti, i colori e le sfumature che fanno parte della storia individuale, intesa sia come storia di fantasmi che come storia di rivelazioni concrete.

Un sistema che vuole ricostruire un momento ritenuto a priori fondamentale riduce il soggetto ad oggetto senza storia e nasconde malamente un desiderio di onnipotenza che altro non è che un desiderio compensatorio di sacro e di religioso, intendendo come religioso tutto ciò che è legato alla commemorazione, al ricordo, al rivivere rituale di un evento primordiale fondatore. Un tale sistema si presenta davvero come un mito ed infatti come il mito realizza un recupero del passato (memoria storico-sacra), alimenta delle aspettative (sicurezza conoscitivo-affettiva) e si propone come risolutore dell'angoscia e della crisi esistenziale.

Un'analoga analisi può essere svolta su tutti i « sistemi totali » che alimentano il desiderio di conoscenza assoluta, l'illusione della certezza e della verità ultima e inderivabile, il sogno della pietra angolare del sapere e cioè tutti quegli aspetti che si riferiscono al bisogno di assoluto dell'esistenza.

3. La posizione sociale della psicologia individuale dal canto suo la potremmo definire come posizione pragmatica, di apertura e di relatività. Per queste sue caratteristiche la P. I. non si presenta come un modello mitico né crea dei nuovi miti. Essa va intesa piuttosto come uno strumento che si rivolge alla comprensione dell'uomo storicizzato cercando di cogliere il senso della vita e dell'esistenza. Come afferma Adler la vita è movimento in continua interazione con l'ambiente alla ricerca dell'adattamento migliore. In relazione a questi due presupposti e cioè al concetto dell'interazione continua tra individuo e ambiente e al concetto della ricerca di un adattamento-equilibrio sempre più evoluto si può presentare, come ha fatto Rovera, la P. I. come un sistema aperto e relativo. « L'individual-psicologia non s'impegna in un assolutismo epistemologico, né in un relativismo assoluto, ma quale modello aperto cerca di porre in evidenza le dinamiche di una conoscenza dell'uomo che si saldino alle con-

dizioni sociali storicamente date. Sicché essa si pone come una psicologia sociale delle idee e degli interessi, fondata sull'interpretazione di una loro connessione pratica » (Rovera).

Indubbiamente si deve parlare anche di un ruolo sociale della P. I. in quanto insieme di teorie e di strumenti (tecnica) utilizzabili per la comprensione ed il mutamento di strutture organizzative sia individuali che di gruppi più o meno complessi (ad esempio la famiglia). Quando si parla di mutamento sociale determinato da un movimento psicologico-psicoterapeutico quale appunto la P. I. non bisogna però operare confusioni e amplificazioni utopistiche. In altri termini non bisogna immaginare che questo movimento possa sostituirsi ad altri strumenti di trasformazione sociale come ad esempio quelli politici.

Ricordando che l'uomo è innanzi tutto un essere aperto al senso delle cose la P. I. può offrire gli strumenti per superare l'antitesi tra il divenire caotico, continuamente mutabile e il desiderio di quiete, di assoluto e di eterno. Il continuo ripresentare immagini e simboli effimeri, che quasi si esauriscono nella semplice azione del significante e nel fare compulsivo, rischia, nonostante gli oggettivi progressi scientifici attuali, di identificarsi paradossalmente con il caos dal quale bisogna difendersi analogicamente a come i popoli primitivi si difendevano dall'angoscia del caos riferito all'ignoto degli eventi naturali, ai territori sconosciuti, etc., mediante riti che miravano tutti a sacralizzare le aree ed i contenuti profani dell'esistenza. Solo che gli attuali riti sono meno risolvienti, a volte sono solamente anodini mentre altre volte sono chiaramente violenti e socialmente pericolosi.

La P. I. non propone nuovi rituali in un mondo che sta morendo di rituali, ma alimenta il dubbio che la scienza possa sostituirsi completamente alla religione, al sacro, all'ideologia, alla fantasia e a quella dose di utopia necessaria all'esistenza. In altre parole si vuole affermare che la scienza non può diventare un mito nel vero senso della parola e quando sembra lo diventi ciò avviene in modo transitorio, incompleto, reattivo alla delusione utopistica. Tra scienza e sacro si dovrebbe realizzare una coesistenza dialettica che permetta di superare sia la violenza che la scienza opera nei confronti della natura e della cultura sacra, sia il fatalismo e l'immobilismo in cui a volte il sacro scade, sia una volontà di potenza distruttrice sottesa ad entrambi quando sono assolutizzati. Come scrive Girard « la tendenza a cancellare il sacro, a eliminarlo interamente, prepara il ritorno surrettizio del sacro, in una forma non trascendentale bensì immanente, nella forma della violenza e del sapere della violenza ». Infatti l'intelligenza del sistema e cioè la sua demistificazione e desacralizzazione coinciderebbe con la sua disintegrazione nella misura in cui « è proprio la vendetta interminabile che minaccia di ricadere sugli uomini dopo l'uccisione di qualsiasi divinità » (Girard), dopo l'abolizione di qualsiasi rito sacrificale.

La posizione sociale della P. I. può essere intesa anche come servizio nel cui svolgimento utilizza un linguaggio aperto che muta insieme alla società pur offrendo dei punti generali di riferimento: è un linguaggio della storia e del possibile che non offre messaggi seduttori né alimenta

desideri impossibili di onnipotenza, ma compie una ricerca sul senso dell'esistenza e sulle sue mediazioni con il mondo simbolico.

Una tale modalità di comprendere l'angoscia umana ha il limite di non presentarsi come qualcosa di assoluto né tantomeno come qualcosa oggetto di fede, caratteristiche invece che sono proprie del mito; ha il limite di non rispondere al desiderio di onnipotenza dell'uomo che con delle proposte relative e possibili. È il limite in definitiva della non seduzione che però costituisce secondo noi il suo punto di forza proprio perché la seduzione è cattiva consigliera, soprattutto nel nostro campo come ben sappiamo a proposito della seduzione terapeutica (di seduzione è piena tra l'altro la storia degli psicotici). Lontani dall'alimentare le varie forme sotto cui può presentarsi la volontà di potenza, secondo noi la psicoterapia è sintesi di tecnica e di articolazione di ipotesi senza ridursi a schemi o a parole vuote. Può applicarsi variamente all'individuo o a modelli culturali, tipo ad esempio il modello religioso sul quale più volte ci siamo soffermati.

4. Per concludere vediamo quindi sistematicamente i tre momenti in cui si esprimono la posizione ed il ruolo sociale della P. I.:

a) Influenza più diretta sull'individuo e sui gruppi microsociali (famiglia, scuola, etc.), ciò che costituisce lo specifico oggetto terapeutico.

b) Influenza della società più in generale, nel senso degli stimoli, delle analisi e dei messaggi culturali che fornisce.

c) Influenza sugli operatori che essa forma e che continueranno a loro volta ad agire a livello degli altri due punti. Vogliamo solo aggiungere un breve suggerimento a quest'ultimo proposito. Essendo in gioco la salute pubblica e per impedire la mistificazione e l'improvvisazione psicologico-psicoterapeutica la formazione degli operatori deve avvenire secondo un training adeguato, entro spazi precisi e controllati che potrebbero essere rappresentati da strutture pubbliche (ad esempio universitarie) o meglio ancora da strutture parallele socialmente riconosciute (ad esempio istituti psicoterapeutici). Il chiarimento sia della formazione che dell'oggetto di studio potrebbe ridurre la diffidenza reciproca oggi esistente tra scuole psicoterapeutiche (almeno alcune) e settore pubblico e portare all'auspicabile inserimento della psicoterapia tra le altre offerte del servizio sanitario.

BIBLIOGRAFIA

- ADLER A.: Psicologia individuale e conoscenza dell'uomo, Newton, Compton, Roma, 1975.
- ELIADE M.: Il sacro e il profano, Boringhieri, Torino, 1979.
- GIRARD R.: La violenza e il sacro, Adelphi, Milano, 1980.
- ELLENBERGER H.F.: La scoperta dell'inconscio, Boringhieri, Torino, 1972.
- MAIULLARI F., MASCETTI A.: Psicoterapia come storia, XIV Congresso di psicoterapia medica, Firenze, 1980. (Di prossima pubblicazione).
- LASCH C.: La cultura del narcisismo, Bompiani, Milano, 1981.
- PARENTI F. e Coll.: Dizionario ragionato di psicologia individuale, Cortina, Milano, 1975.
- ROVERA G.G.: La Individual-psicologia: un modello aperto, Rivista di Psicologia Individuale, 4-5, 6-7, 1977.

VITO MAIELLA

CONFLUENZA E CONTRASTO DI VALORI SIMBOLICI NELLE FIGURE DEL MEDICO DI FAMIGLIA E DEL PAZIENTE « ASSISTITO »

Questo studio è il frutto di una osservazione iniziata nel 1975, anno in cui lo scrivente ha cominciato la sua attività professionale come medico della mutua in un paese della provincia di Milano. Penso che abbia qualche interesse specifico il vissuto dell'Autore che nel corso della vita è stato prima paziente, poi medico e, incidentalmente, anche medico malato. Tale posizione gli consente un'analisi più dettagliata del problema e lo pone in una situazione di privilegio per una corretta interpretazione della relazione « medico di famiglia-paziente assistito ».

PREMESSA STORICA

Non è possibile iniziare un discorso sulla relazione medico-malato senza rivederne la storia, seppure brevemente, per sottolineare il ruolo affidato, o assunto in proprio, a ciascuno dei componenti della relazione e al tema di essa, ovvero la malattia.

Erodoto, parlando dei costumi babilonesi, narra che i malati venivano portati in luoghi affollati, come i mercati, dove, avvicinati dai passanti, ricevevano consigli e « ricette » sui rimedi atti a por fine allo stato di malattia. Alcuni per esperienza personale, altri avendoli visti applicare.

Che la malattia fosse opera della maledizione o della collera degli dei, o che fosse determinata dalla presenza nel corpo di forze demoniache, o dall'azione dei viventi, essa veniva affrontata dalla comunità con rituali, esorcismi, incantesimi e rimedi d'erbe o minerali. Ciò che importa sottolineare è che la malattia, comunque intesa, era parte integrante della vita stessa e che le cure erano armonicamente inserite nella cultura popolare.

Più avanti, ai tempi narrati nel Vecchio Testamento e nel Corano, vediamo la religione assumere più spiccatamente una funzione non solo in rapporto alla « moralità », ma anche alla globalità della vita fisica e psichica. Esempi noti sono il divieto di cibarsi di carne di maiale e di carogne, le disposizioni relative alle feci, etc. La fusione del ruolo del sacerdote con quello del medico o dell'igienista — presente in certe fasi di tutte le culture — ci dà la misura dell'identificazione della medicina con la religione e dell'influenza di questa sulla salute dell'uomo visto come singolo individuo e come collettività (primo concetto di medicina sociale e preventiva).

Il sacerdote-medico, depositario del fenomeno magico e dell'esorcismo, rappresentava il tramite fra divinità e popolo e soprattutto la garanzia di una possibile risposta alle aspettative di questo.

L'affermarsi della medicina ippocratica segna il passaggio dalla medicina come religione all'arte di guarire. Pur essendo presenti ancora gli elementi magici e religiosi, l'attenzione viene posta sulla conoscenza del malato e della malattia. Il primo medico della storia si presenta come una figura separata dalla cultura di gruppo: è depositario della scienza medica che gli deriva dalla pratica dell'osservazione; è una figura isolata al fianco del malato per facilitare l'opera guaritrice della natura, limitandosi a pochi rimedi; è sostenitore di un'etica professionale per controllare i rischi connessi a questa relazione e soprattutto per autolimitarsi nell'esercizio di questo potere. Se il sacerdote e lo stregone operavano in un contesto di valori magici comuni al gruppo e perciò anche al malato, il medico ippocratico si pone in una dimensione diversa, essendo depositario di una conoscenza obiettiva, per quanto relativa, dell'arte di guarire (di qui i rischi e il potere), mentre il rapporto del malato con chi guarisce resta ancora all'interno della dimensione magico-religiosa.

Se a Ippocrate dobbiamo riconoscere il merito di avere iniziato a separare la medicina dalla filosofia e dalla religione per renderla un'arte empirica, dobbiamo anche riconoscere che sarà il suo pensiero a creare la frattura fra chi conosce e chi ignora, dando potere a chi conosce su chi ignora.

Il connubio medicina-religione continua e lo ritroviamo ancora nel Medioevo, all'ombra delle chiese e dei conventi, dove il monaco è insieme curatore d'anime e di corpi.

Sarà solo il Rinascimento, con la perdita del carattere sacro del corpo, non più considerato come residenza dello Spirito divino o delle forze demoniache, accompagnata da una crescente professionalizzazione, incompatibile con la condizione religiosa, a portare alla « laicizzazione » della medicina.

RELAZIONE MEDICO-PAZIENTE

Abbiamo visto delinearci nell'antichità due figure di medico: il medico-sacerdote e il medico empirico. Entrambi gestiscono un potere che per il primo è fittizio, in quanto gli deriva, più che dalla sua arte, dalle capacità attribuitegli dal popolo di mediazione con gli dei — egli si comporta « come se » fosse realmente guaritore: in ciò si ravvisa l'adleriano concetto di finzione —; l'empirico, al contrario, è meno onnipotente, tuttavia il suo potere è in gran parte reale.

Qualunque sia stata l'evoluzione della figura del medico, ciò che importa sottolineare è il primitivo atteggiamento di subordinazione al potere (sovraumano o della scienza) assunto da parte del malato: atteggiamento che non si discosta molto da quello dell'infante bisognoso di cure e attenzioni.

Questo rapporto « padre-figlio », certamente non paritario (anche perché investito massicciamente da ataviche paure), potenzialmente capace di orientarsi verso una coesistenza confortata dal principio del buon « sentimento sociale », oggi appare in crisi, perché sostenuto da scelte di compenso nevrotico e volto verso mete fittizie.

Il deterioramento del rapporto medico-paziente è determinato sia da cause intrinseche ai due componenti, sia da fattori di più ampio respiro sociale, il principale dei quali è l'avvento della medicina mutualistica, prima, e di Stato, ora, avendo quest'ultima privilegiato ed esasperato l'aspetto assistenzialistico del diritto a ricevere, e avendo ulteriormente burocraticizzato la relazione medico-paziente-malattia. Verranno analizzati, perciò, sia sotto l'ottica del medico che del malato, i fattori che hanno indotto tale evoluzione.

Fa ormai parte dei nostri ricordi infantili più remoti la vecchia e patetica figura del medico di famiglia: una presenza paterna e protettiva; in genere un tipo d'uomo burbero e direttivo, ma disponibile a qualsiasi ora del giorno e della notte al capezzale per guarire e confortare l'ammalato. È conosciuto da sempre, avendo egli instaurato un rapporto plurigenerazionale con la famiglia, rapporto molte volte anche amichevole. Dotato di vaste conoscenze specialistiche, segue quotidianamente l'evolvere della malattia e non ricorre al ricovero se non in caso di assoluta necessità, non alimentando così sentimenti di abbandono da parte del paziente e di insufficienza professionale da parte sua.

La sua professione, nata dall'intima alleanza col malato per sconfiggere la malattia, è vissuta come una lotta e questo disagio è ampiamente apprezzato e compensato sotto il profilo umano dal paziente e dai suoi parenti.

Dal suo modo di essere e di agire gli derivano prestigio e potere, ma egli non si arrocca nella posizione di iniziato, bensì si concede, consapevole che nella concessione di sé agli altri li accresce. Tuttavia questa figura, autarchica nella gestione della professione e umana nei confronti del « cliente », ha dovuto cedere il passo ad altre forse meglio configurate sotto il profilo tecnico e scientifico, ma molto meno sotto quello relazionale.

Il passaggio è segnato essenzialmente dalla regolamentazione giuridica delle specializzazioni, dal proliferare di esse e particolarmente delle super-specializzazioni. Se la specializzazione è un atto dovuto alla scienza e anche imposta da questa a causa del vertiginoso aumento delle conquiste e delle conoscenze, alta è la contropartita che deve pagare alla relazione medico-paziente: la frammentazione del rapporto che si risolve in definitiva in una frammentazione del corpo: non più relazione medico-malato, ma cardiologo-cuore, ortopedico-artrosi, oculista-occhio. Lo stato di benessere è individuato solo in quello di singoli organi e non più in quello del corpo nella sua totalità. Se dal punto di vista del paziente può essere gradito che vari medici si occupino di lui, rivelando però una tendenza regressiva infantile, d'altro canto questi (particolarmente i curanti) celano dietro l'alibi del consulto un disegno professionale, se non addirittura ignoranza, derivante dall'incapacità di gestire l'integrazione del benessere dei singoli organi

alimentando con un circolo vizioso sentimenti di inferiorità verso il collega specialista e talvolta verso l'« utente » stesso.

Un altro tipo di rapporto, che da facoltativo è diventato obbligatorio, è: medico-farmaco-malato. Il primo, privo ormai di « fantasia terapeutica », risponde stereotipatamente alle richieste dell'ultimo sempre, e il più delle volte a sproposito, con una prescrizione di medicine, tanto che se casualmente (e raramente) ciò non avviene questo si sente non preso in considerazione e reagisce talvolta cambiando medico, chiudendo a questo punto la spirale delle frustrazioni. La pratica quotidiana registra costantemente episodi di questo tipo che raggiungono poi i toni farseschi quando l'« utente » si preoccupa più delle qualità organolettiche che dell'efficacia del preparato (l'industria farmaceutica è sempre molto sensibile a tal proposito). I due tipi di rapporto fin qui analizzati, pur celando difese di fronte all'invasività delle richieste consumistiche e verso la carente preparazione professionale, non sono tanto aberranti quanto questo: medico-analisi-paziente.

Lo star bene non è più una sensazione soggettiva, bensì obiettiva. L'uomo moderno, così confuso e distratto, ha perso la capacità di ascoltare e scrutare se stesso; non sa di sentirsi bene fino a quando non gli verrà detto che ha molti globuli rossi e che le sue urine sono pulite. Quando, come qualche volta capita, l'analisi è sbagliata, automaticamente si sente malato e le minime alterazioni funzionali diventano spie di gravi malattie che devono, ovviamente, essere curate con farmaci dopo vari consulti specialistici, con il risultato di avere trasformato un sano in un ipocondriaco o addirittura di avere provocato una malattia iatrogena.

Tutti questi rapporti mediati sono finzioni; ogni elemento (medico, paziente, malattia, terapia) è molte volte esso stesso una finzione che genera atti sostitutivi e risposte « à côté ». L'esempio più clamoroso è fornito in tema di « esaurimenti »: il medico riceve un messaggio in codice che non è capace di interpretare e risponde « come se » il disturbo fosse organico e cioè con la prescrizione del famigerato ricostituente che sorprendentemente, per effetto placebo, talora funziona, confermando a entrambi la finzione della derivazione organica del disagio.

Sorge persino il dubbio, se non ci fossero altre e più profonde motivazioni, che la malattia psicosomatica sia un tipo di messaggio facilitato e adeguato al tipo di richiesta e di risposta previste nell'ambito della malattia organica.

La medicalizzazione, cioè la prescrizione inutile di farmaci, analisi e visite specialistiche, secondo il nostro punto di vista tenderà ad aggravarsi nonostante la introduzione di meccanismi di controllo (come è previsto dalla recente Convenzione unica per la Medicina generale) a causa di quel fenomeno chiamato « pletora medica », da tempo denunciato dalla classe sanitaria e mai rimediato dal politico. Sebbene l'equazione a più termini: più medici-maggiore spesa sanitaria-minore qualificazione professionale-peggiori prestazioni, sia un dato di realtà, il legislatore tergiversa e dimentica il problema sotto la spinta di false idee populistiche. Questo atto mancato condensa e rivela una invidia primordiale verso la mitica figura

dell'iniziato che gestisce un potere e un prestigio reale verso il malato. L'effetto di quell'errore programmatico è la trasformazione del corpo medico in un esercito di frustrati che per darsi un ruolo a tutti i costi creerà e curerà (qui si tocca il vertice della finzione) un esercito di malati inesistenti, trasformando l'antica alleanza in un rapporto squallidamente burocratico e spersonalizzato di utenza. Ma esistono anche banali motivazioni elettorali, sulle quali non ci soffermeremo: con acume un paziente affermava che il Servizio sanitario nazionale era stato concepito per l'elettore sano adulto (la maggioranza), viste le gravi difficoltà di curarsi che incontra l'elettore ammalato (la minoranza); l'importante è che il cittadino abbia la sensazione che lo Stato si occupi di lui!

Il medico, perso il ruolo di protagonista nel dramma a due voci della sofferenza, persa la identità ancestrale di iniziato, si ritrova a essere comparsa di una sceneggiatura di Stato e manovale della Medicina: disimpegnato, disaffezionato e assenteista sul piano morale e deontologico. Egli è quello che « finalmente » timbra il cartellino « come tutti gli altri » e che perciò sciopera come tutti gli altri, lavora il meno possibile assemblando distrattamente organi sani o malati che siano, nella mastodontica fabbrica della salute. Agisce non più sotto la spinta autonoma e perciò autentica della solidarietà (dove è finito l'antico buon sentimento sociale?), ma per necessità materiali: lo stipendio, il posto, la carriera (il processo di identificazione col dipendente statale è completo). Egli ci appare come una figura demoralizzata per mancanza assoluta di un processo di incoraggiamento sociale perché è vissuto dall'utente non più come tale, ma solo come dispensatore di farmaci, di giorni di malattia e di analisi. Ripiegatosi narcisisticamente su se stesso, gestisce, sotto rigido controllo burocratico, il potere « conto terzi » (Stato e industria farmaceutica).

Il malato l'altro protagonista del dramma, si è addirittura trasformato in spettatore della sceneggiata: dalla platea della vita applaude (raramente), soffre e piange (spesso) per una storia che non è la sua, ma quella del politico e del sano che si contendono diritti, doveri e principi costituzionali. Rimossa l'ultima alleanza contro il male, ha adeguato il suo stile di vita secondo le regole generali del consumismo. Ma in questa operazione è andato via via caricandosi di forti tensioni emotive ambivalenti che parossisticamente scarica e proietta ora sul medico, ora sulla società. Appare quanto mai utile analizzare il comportamento del paziente assistito in una ottica interpretativa adleriana, notoriamente sensibile alle dinamiche profonde strutturate non solo nell'ambito delle prime relazioni affettive e oggettuali familiari, ma anche in quelle di più ampio respiro sociale. Pertanto i termini appena usati di « tensioni emotive ambivalenti » e « proiezione » assumono una particolare connotazione psicologica.

Ad un primo esame il comportamento più clamoroso del paziente è l'esasperazione del diritto a ricevere. Esso rappresenta una via di compenso da un lato a sentimenti e complessi di inferiorità, dall'altro a frustrazioni maturate nell'ambito del rapporto interpersonale e sociale in genere. In questo complesso gioco il medico può rappresentare o l'obiettivo primario, o di copertura (proiezione). Nelle figure mistiche e di vecchio

stampo del medico si trovano due caratteristiche essenziali: la protezione e il potere. Ma queste non sono altro che le colonne portanti delle prime relazioni tra figlio e genitori. La madre, primo filtro verso la realtà esterna, rappresenta il « prevalente fattore di sicurezza, la principale fonte di affettività ed anche l'obiettivo su cui esercitare un possibile dominio » (Dizionario ragionato di Psicologia individuale — F. Parenti — Ed. Cortina 1975). Una madre iperprotettiva può incrementare la naturale insicurezza del figlio, ostacolando il raggiungimento dell'autonomia. Una madre repressiva potrà suscitare comportamenti aggressivi o atteggiamenti di timoroso rispetto. Una madre emozionalmente carente potrà alimentare futuri atteggiamenti rivendicativi. Il padre, in base anche a condizionamenti storici e culturali, rappresenta invece il potere e il primo modello di virilità. Il rapporto con esso è vissuto essenzialmente come competizione e contesa dell'amore materno. Ecco pertanto che nella relazione con la figura genitoriale è gettato il seme che germogliando impronterà successivamente tutte le altre relazioni. Se i primi rapporti saranno alterati, vedremo delinearsi nell'adolescente risposte di volta in volta polemiche, astensioniste, aggressive, espressione anche di una insufficiente autonomia. E se con queste premesse il paziente adulto avrà maturato esperienze sociali deludenti (realizzazione professionale, relazioni umane e affettive, posizione economica), adotterà uno stile di vita improntato da un alterato sentimento sociale: manifesterà una volontà di potenza prevaricante che lo porrà al di fuori di una « posizione cooperante e dignitosa, né impositiva, né sottomessa » (Dizionario). Di qui per un meccanismo proiettivo nasce il citato diritto a ricevere come compenso o rivendicativo, o aggressivo, esasperato paradossalmente dalla stessa gratuità del servizio sanitario che a nostro avviso umilia il paziente che si vede privato dell'unico mezzo di controllo che gli permetterebbe scelte autonome ed emancipate. Il medico, espressione di un servizio di Stato, diventa perciò terreno di conquista, amato e odiato al contempo. Pretenderà servizi migliori, ma farà anche in modo di minarne l'efficienza utilizzandoli a sproposito; vorrà a tutti i costi farmaci che poi getterà e considererà il ticket un attentato alla salute; farà l'assenteista, condannando l'assenteismo; avvilerà il medico di « fiducia » obbligandolo alla umiliante trascrizione di terapie prescrittigli da altri. Tale comportamento gli darà la sensazione di avere recuperato in parte ciò che, a suo modo di vedere, la società gli ha tolto.

La posizione del medico si aggrava ulteriormente se è di sesso femminile. Anche nell'attuale cultura di transizione la donna medico soffre di particolari sentimenti di inferiorità, vittima di quel concetto dualistico alto-basso, maschile-femminile che ella subirà non solo nei rapporti con i colleghi maschi i quali cercheranno di emarginarla in ruoli secondari affidandole compiti strettamente connessi ad un aspetto del suo stato di donna, cioè di madre, ma anche a opera del suo assistito che talora la considera degna di « starsene a casa a fare calze », se dinamica ed emancipata (e qui facilmente il comportamento della collega assume le tinte della protesta virile).

In questo studio non si può non ricordare quella che fu l'esperienza stessa di Alfred Adler in veste prima di paziente e poi di medico nel

periodo prepsicoanalitico. Dai suoi ricordi infantili: « Una delle mie prime memorie è quella di star seduto su una panca, tutto coperto di bende e causa del mio rachitismo, mentre mio fratello maggiore, in piena salute, mi stava seduto di fronte. Egli poteva correre, saltare e muoversi senza alcuno sforzo, mentre per me ogni movimento di qualsiasi tipo era una fatica ed uno sforzo. Ognuno si dava un gran da fare per aiutarmi e mio padre e mia madre facevano tutto ciò che era loro possibile » (Citazione da: H. F. Ellenberger — *La scoperta dell'inconscio* — Ed. Boringhieri 1976). In questo primo ricordo sono condensati alcuni principi del suo futuro pensiero analitico: nel rachitismo si intravede l'inferiorità d'organo; nel bambino impotente la tendenza dell'uomo a proiettarsi nel futuro; nella rivalità con il fratello e, infine, nel fanciullo circondato dalle attenzioni dei genitori quello di stile di vita nevrotico.

Laureatosi in medicina nel 1895, manifestò precocemente il suo interesse per la medicina sociale pubblicando nel 1898, in una collana dedicata alle malattie professionali, il libretto « Manuale per la salute dei sarti » e trasferendo l'anno successivo il suo studio in un quartiere popolare di Vienna, dove esercitò come « medico generico ». Tre anni più tardi pubblicò l'articolo intitolato: « La penetrazione delle forze sociali nella medicina », del quale citiamo un passo sorprendentemente attuale: « ... Pertanto gli aderenti alla professione medica sono giunti a un punto in cui devono affrontare il problema della medicina sociale e prendere posizione al riguardo. Gli operatori medici si sono mostrati meno consapevoli di questa necessità di quanto abbiano fatto gli amministratori e i tecnici, che ora sono soliti risolvere i problemi di carattere medico senza più consultare i medici stessi. Costoro continueranno a lasciare l'iniziativa ai funzionari...? (*La scoperta dell'inconscio*). Nel 1903 scrisse gli articoli « Città e campagna » e « Aiuto statale o autoaiuto », e nel 1904 « Il medico come educatore ». Questo materiale disegna le linee del pensiero sociale di Adler che sarà poi rielaborato e integrato nella sua « Psicologia individuale comparata ».

CONCLUSIONI

Al termine di questo lavoro sentiamo il dovere di avanzare un modello di impostazione professionale di ispirazione adleriana.

Pur riconoscendo alla classe politica il diritto-dovere di impostare le linee generali di un piano sanitario collettivo, contestiamo ad essa l'apparato burocratico che controlla ossessivamente l'operato del sanitario e il comportamento del paziente. Questa manovra politica trasforma in « beni di servizio » l'esigenza istintuale di stare bene che, pur essendo generale, resta sempre un fatto privato fra chi soffre e chiede aiuto e chi è in grado di prestarglielo. Come non è codificabile la sofferenza nei suoi innumerevoli aspetti espressivi che vanno dal dolore lancinante all'« impalpabile » sensazione di disagio psico-fisico, così non lo è altrettanto la possibile risposta ad essa. La classe politica dovrebbe ricordare

l'antico motto che non esistono malattie, ma solo malati. Ogni risposta stereotipa e precodificata, così come è prevista dalla Legge, è destinata all'insuccesso. La malattia impone soluzioni immediate, la guarigione non può essere meta di un percorso ad ostacoli burocratici, o di un labirinto terapeutico dove il medico (il cattivo) non concede ciò che lo Stato non gli permette e che il paziente (lo sfruttato) reclama. Questa antitesi è alimentata ad arte con campagne diffamatorie e scandalistiche da parte di forze sociali che evidentemente li credono ancora « potenti » e che perciò li temono, rivelando la vera motivazione del loro agire: il complesso di inferiorità. Sarebbe possibile il superamento del conflitto se medico, paziente e forze politiche respirassero l'aria della concordia sociale e della tolleranza, che tradotta in termini psicologici non sarebbero altro che il tanto sospirato buon sentimento sociale, cioè volontà di cooperazione senza umilianti tentativi di prevaricazione, e rispetto dei ruoli e delle relative autonomie, permettendo al primo di adeguare il suo stile di vita ai principi della deontologia professionale, per ristabilire il filo diretto che lo collegava al malato e che dava senso a tutta la sua vita.

MARIO PALADINO

IL SOCIALE IN NOI:

IO CREONTE, DIAVOLO E SANTO

L'ipotesi che tenterò di dimostrare può essere formulata così: tutto il sociale è in ognuno di noi, ovvero la struttura della nostra psiche individuale ripete in piccolo quella della psiche di tutta l'umanità messa insieme o ancora tutto ciò che esiste nella psiche dell'intera umanità esiste in miniatura anche nella singola psiche di ognuno di noi.

Esiste anche se non dà segni di vita.

Esiste allo stato manifesto o allo stato occulto. Manifesto quando si vede, ed occulto quando non si vede e non si possono cogliere direttamente i fenomeni relativi.

Ciò che è manifesto può svanire e scivolare nello stato occulto, e ciò che è occulto può svilupparsi ed esplodere manifestamente. Dipende dalle circostanze esterne ed interne.

La prima ipotesi (ciò che è manifesto può divenire occulto) è agevolmente dimostrabile: basta osservare i mutamenti esistenziali che si riscontrano nel comportamento e nella soggettività delle persone, anche se non si verificano in tutti con assoluta certezza e se richiedono tempi di osservazione relativamente lunghi.

Tutti, per esempio, abbiamo visto o saputo di brave persone divenute criminali, e di criminali incalliti evoluti in individui saggi ed onesti.

La seconda ipotesi (ciò che è occulto può divenire manifesto) è meno facilmente verificabile. Qui non ci sostiene altro che la deduzione indiretta.

Esemplifichiamo: perché tante persone timorate ed oneste si sono trasformate in feroci assassini nella Germania di Hitler, nella rivoluzione francese, nell'inquisizione, nel terrorismo nostrano? Perché quei trecento, che erano giovani e forti, sono morti?

Se avessero educato anche noi alla morale di Hitler, della rivoluzione francese, dell'inquisizione, del terrorismo nostrano, quante teste sarebbero cadute sotto la scure di noi, brave persone che impallidiscono davanti ad una goccia di sangue?

O quanto nostro sangue avrebbe bagnato l'erba al grido di « viva l'Italia »?

Perché è accaduta una cosa che ha trasformato i seguaci di Hitler in criminali, e un'altra cosa che ha fatto dei nostri trecento altrettanti eroi? Non sarebbe potuta accadere o l'una o l'altra cosa, o un'altra ancora a ciascuno di noi? Non sarebbe potuta accadere e l'una e l'altra cosa, e

un'altra ancora, tutte quante ad ognuno di noi, seppure in tempi diversi?

Sì, tutto, proprio tutto sarebbe potuto accadere ad ognuno di noi — e potrebbe accadere — perché in ciascuno di noi esiste in potenza tutto quanto può accadere all'intero genere umano. Se qualcosa si sviluppa o non si sviluppa dipende dalla giusta combinazione di cause interne ed esterne che imprime all'individuo il modo di essere ed il comportamento.

Ma il germe più o meno vitale di ogni cosa è in tutti noi.

È un'ipotesi che trova dimostrazione ovunque ed in ogni tempo. Basta scendere ad esaminare in profondità il nostro vissuto, soprattutto negli anfratti più oscuri; basta valicare la barriera del falso pudore e gettare uno sguardo negli abissi dell'animo, per scoprire, nella fantasia o ai suoi confini, la presenza del germe di tante potenzialità e sospettarla, nelle tenebre oltre la fantasia, per i germi di tutte le altre.

Una potenzialità o l'altra si tradurrà in atto quando le circostanze interne (emotive, affettive, critiche, intellettive, prestazionali, ecc.) si combineranno opportunamente con quelle esterne e scatterà l'eccitamento giusto per la realizzazione.

Vorrei precisare che lo stato occulto non significa necessariamente oscurità assoluta: tutt'altro! Infatti, frequentemente, tanti impulsi, tanti desideri, tante emozioni, nascono, vivono e muoiono nella fantasia senza manifestarsi nell'obiettività. Non si sviluppano apertamente in azioni e pertanto l'osservatore, dal di fuori, non si accorge di nulla o quasi di nulla, ma il soggetto, sì, se ne accorge. Il soggetto lo sa, perché vive nella sua mente esperienze tutt'affatto diverse da quelle che il suo comportamento e il suo agire fanno vedere. Egli semplicemente frena o reprime il suo sentire, i suoi desideri, i suoi impulsi; non li tramuta in azioni.

Altre volte, invece, egli stesso è all'oscuro di quanto si svolge nella sua persona, perché gli affetti, le emozioni, i desideri, il sentire sono immersi ad una profondità tanto abissale che nemmeno la luce della fantasia può arrivare a squarciare le tenebre dalle quali sono avvolti.

Non si possono dunque vedere: non soltanto non sono manifesti, ma neanche si profilano a livello di fantasia. Sono nascosti nel buio più nero, eppure esistono. Eccome esistono! Ed esistono in quantità sterminata. Tant'è vero che quando vengono uncinati dal gancio giusto (e forse esiste un gancio giusto per ogni potenzialità) affiorano alla consapevolezza, alla fantasia ed anche all'azione.

Dunque tutto, proprio tutto quanto può accadere all'uomo si trova allo stato occulto in ognuno di noi. Qualunque accadimento della vita lo sta a dimostrare.

Poiché la scintilla per tali considerazioni è scoccata dalla lettura della tragedia greca di Sofocle, l'« Antigone », seguirò la traccia che mi ha condotto fin là.

Antigone, leggiadra fanciulla, decide di violare il divieto emanato da Creonte, tiranno di Tebe, di seppellire il di lei fratello caduto in combattimento.

Svela il progetto alla sorella Ismene, nella speranza di guadagnarsi una alleata, ma non trova successo. La debole Ismene, da sempre obbediente e

sottomessa all'autorità, si sente impotente di fronte al destino e non riesce ad agguantare il coraggio per seguire la temeraria nell'ardita impresa.

Il tiranno Creonte proclama apodittico i suoi precetti morali e, alla luce di quelli, illustra alla gente i motivi dell'interdizione alla sepoltura del fratello di Antigone.

Sopraggiunge un guardiano che dapprima, con gran titubanza, gli dà l'annuncio dell'oltraggiosa sepoltura già consumata e poi, più tardi, con l'aria furbesca di chi ha scoperto un complotto, traduce al suo cospetto la misteriosa autrice di tanta scelleratezza. È Antigone.

I vecchi del coro strabiliano. Antigone! Proprio lei, la figlia di Edipo! Lei l'artefice di tanto misfatto! La vorrebbero innocente, lei, pura, e pur di giustificarla, attribuiscono la disobbedienza ad un momento di follia.

Antigone, invece, contesta fieramente l'iniquità delle leggi al tiranno e questi, a riprova del proprio potere, la condanna a morte.

Ora Ismene, gonfia di ammirazione per il folgorante coraggio della sorella, vorrebbe unirsi a lei nel suo destino, ma viene respinta.

A questo punto interviene Emone, promesso sposo di Antigone, che dapprima intercede, poi, visto inutile ogni suo sforzo, si schiera con lei contro il proprio padre Creonte, e rinfaccia al tiranno gli errori tremendi.

Creonte, con sicumera ostentata, nega di avere commesso errori di sorta, ribadisce la giustezza del suo comportamento e riconferma la pena di morte. Poi, per dirimere un dubbio pungente, consulta Tiresia, l'indovino cieco molto influente. Questi predice gravi sciagure al tiranno che tosto cade in preda all'angoscia ed al rimorso.

La profezia s'avvera e la tragedia si compie.

Emone, dopo un fallito tentativo di patricidio, si trafigge sul corpo di Antigone appena uccisa, quindi, alla notizia funesta, si suicida anche la madre di lui, Euridice, moglie di Creonte.

Prima di passare all'esame dei vari personaggi dell'Antigone e dei relativi significati, concedetemi un'analogia a sostegno dell'ipotesi che tento di dimostrare.

L'ipotesi vuole che tutte le potenzialità della psiche dell'umanità intera siano racchiuse nella singola psiche di ognuno di noi, non soltanto sotto forma di vissuto agito o di vissuto fantasticato, ma anche e soprattutto di impulso rimosso o di germe oscuro, immobile e nascosto nelle tenebre più fonde dell'inconsapevolezza, ma vivo.

L'analogia che vi propongo è con l'elettronica.

Tutti sappiamo che l'elaboratore elettronico — il computer — funziona come la mente umana, entro certi limiti.

I calcolatori, destinati ai compiti più complicati, non esistono fine a loro stessi ma, proprio come noi umani, sono collegati fra loro, collaborano e si organizzano; uno fornisce all'altro una prima elaborazione dei dati che passa al secondo, il secondo opera un'altra elaborazione che trasmette al terzo, poi c'è una mente centrale che governa un po' tutto.

I grandi calcolatori sono essenzialmente delle memorie con le quali si può dialogare. Essi hanno gli stessi schemi dei piccoli, con la sola diffe-

renza che i grandi sono accessibili ad una enorme varietà di operazioni, mentre i piccoli, no. I piccoli hanno dei limiti precisi, stabiliti da programmi di memoria ben definiti, le cosiddette « memorie residenti ». Tutte le risposte possibili sono pertanto subordinate alla « memoria residente ».

I calcolatori più piccoli, i cosiddetti « dedicati » o « microprocessori », svolgono un lavoro orientato, sempre ripetitivo, e non possono mai derogare alle funzioni loro assegnate.

In origine, però, non erano stati creati per un lavoro specifico, bensì erano stati predisposti a compiti più vasti e generali, a tutti i compiti possibili. In seguito, mediante l'apertura di alcuni circuiti e la chiusura di altri, hanno imparato a lavorare in un determinato modo e soltanto in quello, tramite appunto la « memoria residente ».

Volendo, la « memoria residente » di questi microprocessori, una volta inserita, potrebbe ancora venire sostituita con un'altra destinata a processi sostanzialmente diversi, ma, seppure possibile, sarebbe un'operazione estremamente complicata.

Il calcolatore, dunque, ripete entro certi limiti il funzionamento della psiche umana.

Anche la psiche in origine è predisposta per tutte le operazioni possibili, poi, per la convergenza dei fattori interni ed esterni — in analogia all'inserimento della « memoria residente » per i calcolatori — ha imparato a funzionare in una certa direzione, senza che le altre sterminate possibilità siano state attivate, ma neanche escluse definitivamente.

A questo punto, credo che siamo entrati abbastanza addentro al concetto che nella psiche di ogni singola persona esista il germe sopito ma vivo di ogni potenzialità umana, in qualunque momento della vita. Pertanto possiamo incominciare ad esaminare, sotto questo profilo, il significato dei personaggi della nostra tragedia.

CREONTE. È il tiranno che proclama apoditticamente i suoi precetti morali, alla luce dei quali spiega i motivi del divieto alla sepoltura del fratello di Antigone e della condanna a morte di quest'ultima che li ha dissacrati.

In Creonte possiamo facilmente vedere un sodalizio sinistro dove la Volontà di Potenza, maritata al Narcisismo, ha generato un figlio perverso: il Moralismo.

Il Moralismo, assistito ed educato dagli stretti parenti e maestri (fanatismo, sete di potere e di dominio, sadismo, autoritarismo, maschilismo), cresce robusto e diventa gigante. Giunto alla maggiore età assume il comando e più che mai onora, idealizza ed alimenta la coppia genitrice (narcisismo più volontà di potenza), dai quali a sua volta è continuamente nutrito, in un circolo chiuso.

Il moralismo non è la morale. Il moralismo è la caricatura o, se vogliamo, la patologia della morale. Il moralismo, per reggersi, si aggrappa alla razionalizzazione ed alla giustificazione, verso le quali mostra un'avidità esasperata. Il moralismo tenta con ogni mezzo di fare apparire buone, giu-

ste e corrette tutte le sue azioni, quando in verità non lo sono affatto e, per far ciò, cerca di camuffarsi da morale.

Da questa malefica famiglia, la vera morale, quella profonda, quella ancestrale che è vita e foriera di vita, viene rimossa e schiacciata. Schiacciata sì, ma non distrutta! Neppure con l'aiuto dei suoi genitori, il moralismo dominatore perverso la può soffocare!

Non lo può fare proprio perché la trista famiglia, saldata nei suoi tre componenti, costituisce un terzetto perverso e pertanto malato, quindi imbevuto di morte. La perfida famiglia può uccidere il singolo, è vero, ma non può uccidere l'Uomo. Invece è certamente destinata a morire.

La vita appartiene alla morale vera, quella biofila, quella che è vita e che appunto per questo risulta immortale. O, se non immortale, almeno non destinata a morire prima della morte dell'Uomo.

Il moralismo bieco, perfido figlio del narcisismo sposato alla volontà di potenza, opprime fin dove può e fin quando può, ma è condannato a morte sicura.

A questo punto, con la confortante protezione della quasi-cerchezza che i buoni trionfano sempre ed i cattivi vengono regolarmente puniti, possiamo tentare, da una posizione sicura, di gettare uno sguardo abbastanza onesto e penetrante dentro di noi.

Se riusciamo a farlo, ripeto con onestà, siamo sicuri di non vedere proprio niente laggiù? Laggiù in fondo, in quell'ombra più scura, in quel passato remoto! Non s'intravede per caso, piccolo o grande, immoto e silente, un Creonte?

Se poi, nonostante lo sforzo più poderoso, non riusciremo a vederlo in noi, basterà volgere lo sguardo sul nostro vicino. In lui, sì, ci apparirà con chiarezza, senza tanta fatica. Forse alla prima occhiata!

ISMENE. A lei viene svelato il progetto di seppellire il fratello, dall'ideatrice stessa, la sorella Antigone. Ismene è colei che sa, ma che non si associa perché debole, impotente, povera di coraggio. Quando deciderà di seguire nel destino la sorella, sarà troppo tardi.

Ismene è dunque colei che sa. Ma appunto la conoscenza la getta nell'angoscia del dubbio. Forse vorrebbe agire, ma non può, inchiodata com'è dai bisogni dominanti di dipendenza, di sottomissione, di succubanza. Né il vento rivoluzionario li può spazzar via, tanto tenacemente sono agganziati alla convenienza.

Sì, ad Ismene conviene non correre rischi, ma per non palesare neppure a se stessa la propria viltà, Ismene s'affanna a razionalizzare il suo non agire per addolcire i morsi della colpa.

Ismene rappresenta il sentimento di inferiorità. Un sentimento in crisi, al limite del complesso allo stato nascente.

E chi non porta in sé questa penosa esperienza?

Bastera sbrecciare l'oblio e ricordare che tutti noi nella realtà siamo stati inferiori in assoluto almeno una volta nella vita: quando siamo nati.

Partiti dunque dalla drammatica condizione di inferiorità assoluta, abbiamo iniziato la lunga lotta per la conquista dell'indipendenza, lotta

che ci ha impegnato tutta la vita. Abbiamo giostrato fra un modello e l'altro, fra un ostacolo e l'altro per conquistare un'identità. E quante cadute! Qualcuno cadendo s'è fatto male ed ha avuto paura di proseguire.

Quante perplessità, quanti dubbi ci hanno frenato! Quante volte li abbiamo superati dopo affannosi travagli e quante volte la decisione sofferta, e raggiunta a stento, è risultata tardiva!

Quante volte ci siamo chiesti se la nostra conquista corrisponde a quel minimo di indipendenza necessario alla serenità o se abbiamo compensato l'inferiorità in misura accettabile?!

Quante volte ci siamo trovati a saltabeccare liberi in apparenza ma in realtà invischiati nell'inferiorità!

Certamente nessuno di noi si sente incatenato dall'inferiorità, ma invischiato, sì. Perché il vischio, poco o tanto, ce lo portiamo addosso. Basta guardarci dentro, basta sfiorare il nostro passato: non abbiamo forse evitato di imboccare una strada promettente ma rischiosa o non l'abbiamo ad un tratto abbandonata, nel timore di non sentirci all'altezza?

EMONE. Figlio di Creonte e promesso sposo di Antigone, dapprima intercede, poi si schiera con lei contro il padre, accusandolo di gravissimi errori. In seguito tenta invano il patricidio.

Emone, il figlio del moralismo, non raccoglie l'eredità paterna, pur disponendo dello stesso sangue (etimologia del nome).

In Emone, la veemenza del sentimento sociale abbatte le funeste barriere del bieco moralismo padre di sangue e dei di lui genitori (narcisismo + volontà di potenza), perché è accaduto qualcosa. Che cosa?

È accaduto che il sentimento sociale, non soppresso seppure conculcato ma ben vivo in Emone, s'è trovato vicino al bisogno di purificazione.

Il sentimento sociale, unito al bisogno di purificazione, ha dato luogo ad una miscela esplosiva che s'è incendiata per lo scoccare della scintilla dell'innamoramento.

I prodotti di questa esplosione o, in altri termini, di questo affetto nascente, sono la spinta rivoluzionaria ed il sentimento di solidarietà.

E chi di noi non proclama il proprio sentimento di solidarietà verso gli altri e non cova in cuor suo la rivoluzione?

IL CORO. È formato dai vecchi. Essi strabiliano alla notizia che proprio Antigone, la figlia di Edipo, abbia violato la legge. La vorrebbero innocente e tentano di giustificarla.

I vecchi del coro sono i saggi, irrigiditi nei loro schemi elaborati e compiuti attraverso il filtro dell'esperienza. Vengono scossi da un evento drammatico che impone una riflessione sulla validità dei risultati raggiunti.

Se il bieco moralismo riesce ad imperare, vuol dire che attraverso il filtro dell'esperienza e della saggezza è passato molto veleno. Il coro rappresenta dunque il conservatorismo.

Il conservatorismo, sostenuto e trincerato dal bisogno di sicurezza, teme la fragilità delle proprie difese traballanti sotto i colpi di maglio del

risveglio morale. Il conservatorismo, minacciato dal dubbio sulla giustezza della propria posizione, intuisce in quella violazione di leggi la presenza di un atto altamente morale, anziché criminale, ma si trova costretto a negarlo per non abdicare.

La riflessione lo getta nell'ansia e, per placare l'ansia, ricorre alla giustificazione. Giustifica la ribellione di Antigone come atto di follia.

Il conservatorismo, alimentato dal bisogno di sicurezza, si aggrappa agli schemi prefissati che non può abbandonare per la paura della novità, dell'ignoto, del progresso: così moralizza sui vantaggi della propria posizione per giustificarne l'esigenza. E chi di noi non è anche un po' conservatore?

Ma anche il più progressista di noi non sviluppa pian piano il germe del conservatorismo?

TIRESIA. È l'indovino cieco che predice gravi sventure al tiranno. È un cieco veggente, uno che intuisce l'imminente vittoria della morale biofila, al di là del conflitto e della tragedia.

Tiresia rappresenta l'intelligenza intuitiva acritica, quella che sa che il substrato fondamentale della vita sta nella morale genuina.

Il motore dell'intelligenza intuitiva è alimentato dal bisogno di riparazione alla colpa. Infatti, quando il succubo viene a conoscere che la sua succubanza al moralismo è dovuta al tornaconto o alla paura, è afferrato dal rimorso e dalla vergogna. Allora si sente colpevole per non sapere o non volere reagire e cade nella depressione. Per risollevarsi dalla depressione ascolta l'intelligenza intuitiva che gli addita lo scopo.

Scocca così la scintilla che dà fuoco alle polveri della rivolta contro il moralismo, per il trionfo della morale. E chi non conosce il sentimento di colpa per la succubanza a moralismi vantaggiosi, ma non del tutto puliti? Chi non ha mai incoraggiato il moralismo per oscuri vantaggi, per poi ribellarsi e rivoltarsi contro?

ANTIGONE, la protagonista. Per seppellire il fratello viola il decreto di Creonte, dopo aver cercato invano un'alleata nella sorella Ismene. Prigioniera al cospetto di Creonte, respinge il tentativo di difesa e di giustificazione dei vecchi del coro e, con estrema fermezza, censura il moralismo del tiranno e contesta l'iniquità delle leggi. La sua condanna a morte infiamma gli animi d'amor di giustizia e chi l'ama si unisce a lei nel destino.

Antigone è il sentimento sociale espresso dalla sua più immediata emanazione: la morale. La morale genuina, pura, sana, non inquinata né dal narcisismo, né, più di tanto, dalla volontà di potenza. È la morale immortale dell'uomo, figlia e poi madre della vita, figlia del sentimento sociale, costituita dall'amore, dal rispetto e dall'aggressività costruttiva.

Amore, rispetto, aggressività costruttiva, contenuti fondamentali della morale, sono finalizzati verso la vita stessa, in un biofilo circolo chiuso e, appunto per questo, immortali.

Ma se Antigone muore e muoiono i migliori dei proseliti suoi, dove sta l'immortalità della vita? Dove sta l'aggressività costruttiva?

A prima vista non si vedono altro che distruzione e che morte!

Tuttavia, se si aguzza lo sguardo e lo si spinge un po' più lontano, la distruzione e la morte appaiono strumenti di vita.

Innanzitutto la distruzione, come fine a se stessa, è inesistente. In secondo luogo la morale biofila non esclude l'aggressività distruttiva, quando questa distruttività punta al traguardo della vita dei più, non importa se a prezzo della vita di pochi, ovvero, quando ha per fine la vita dell'Uomo o la vita della stessa vita. La morale può anche distruggere il singolo a vantaggio degli altri, come scelta forzata del minore dei mali. Tuttavia, poiché la morale è vita, ama se stessa, dunque ama la vita e detesta la morte; teme tutto ciò che è mortale, tutto ciò che l'avvicina alla morte per malattia o per degenerazione. Detesta quindi il moralismo come parte degenerata o malattia mortale per sé e lo combatte con tutte le forze. La propria salute, pertanto, non risulta mai da uno stato di immobilità, bensì da una conquista sofferta che si rinnova giorno per giorno.

Il sentimento sociale, matrice della morale, può essere considerato una componente fondamentale del substrato emotivo-affettivo o istintivo o parte dell'equipaggiamento cromosomico innato e, come tale, relativamente stabile.

La morale, invece, sua emanazione diretta, è l'espressione culturale e processuale della codificazione e dell'organizzazione del sentimento sociale, incessantemente impegnata nella ricerca della definizione della propria identità.

La morale è pertanto rivoluzionaria in quanto, perseguendo per sua natura la ricerca dell'assetto migliore, è costretta a lottare senza tregua contro il moralismo prevaricatore.

Questi, armato di volontà di potenza, di narcisismo, di distruttività, risulta favorito nella competizione con la morale, della quale con estrema frequenza usurpa gli obbiettivi.

Il bisogno di potere, per gratificarsi, si avvale e si giustifica col moralismo, ed il moralismo alimenta e sostiene il potere una volta insediato.

Dunque, proprio per il duplice scopo di abbattere il moralismo e di migliorare costantemente l'assetto di sé, la morale non può essere altro che rivoluzionaria.

Antigone allora è la morale, la bella, la pura, l'eroica morale rivoluzionaria.

E non c'è forse un'Antigone in ognuno di noi?

Per vederla non occorrono sforzi eccessivi: basta guardarci allo specchio.

A questo punto i protagonisti ed i personaggi salienti della tragedia sono stati ormai messi a fuoco nel loro significato. Ne manca uno soltanto: l'autore.

Spendiamo due parole anche per lui.

Sofocle, nella sua lunghissima vita, ha scritto una gran quantità di tragedia. Tragedie: tante tragedie, tutte o quasi, con epilogo in morte violenta.

Se ci chiediamo perché mai abbia dedicato la vita a scrivere soltanto tragedie, possiamo rispondere che l'ha fatto perché al di sotto di tutti gli altri motivi possibili, la tragedia ha esercitato su lui un fascino straordinario, forse sfociato in amore. Amore per la tragedia, amore per la morte.

Ma l'amore per la morte non è necrofilia? Fromm, in tal senso, non avrebbe dubbi: necrofilo è colui che ama la morte, non chi vuol fare l'amore coi morti.

Ora, attenendoci al significato frommiano e guardando di nuovo dentro di noi, siamo sicuri di non intravedere nascosto nell'ombra, un Sofoclo? Certo che, ancor più di prima, bisogna aguzzare la vista. Vediamo: non abbiamo mai proclamato o pensato che per certi delinquentacci occorre la pena di morte? Non abbiamo mai, proprio mai, schiacciato intenzionalmente un'innocua formica, per la sola ragione d'averla per caso veduta arrancare per terra? Non abbiamo mai stradicato e gettato una pianticella, uccidendola, per il solo piacere di guardarla o di annusarla? Non abbiamo mai desiderato di indossare o di donare una bella pelliccia o di offrire o ricevere un fiore reciso?

Antigone, Ismene, Tiresia, il Coro, Creonte, il diavolo, il santo, qualcuno un po' più, qualcuno un po' meno, sono tutti dentro ad ognuno di noi. Quando prevalgono o l'uno o l'altro, prevalgono per noi e per gli altri o la giustizia e l'amore o l'oppressione ed il dolore. Ma in noi in potenza c'è tutto, ed in ogni momento della vita qualsiasi potenzialità si può sviluppare, a condizione che lo stimolo parta dal tasto giusto e nel momento giusto.

Ricordiamolo sempre noi che con la psicoterapia cerchiamo di modificare qualcosa!

FRANCESCO FIORENTOLA - IDA BIANCHI

LA FRUSTRAZIONE DELLA VOLONTÀ DI POTENZA E
DEL SENTIMENTO SOCIALE COME FATTORE
DI DECADIMENTO PSICHICO NELL'ANZIANO.
PROSPETTIVE DI PREVENZIONE E DI RECUPERO
PSICOTERAPEUTICO

Il tentativo di etichettare la vecchiaia come semplice malattia « senectus ipse morbus » è, a nostro avviso, semplicistico ed arbitrario. Se proprio si volesse porre l'accento sul sostantivo sarebbe più esatto definirla malattia da usura. È noto dalla fisiologia che il neurone è l'unica cellula del nostro organismo che non si rigenera. In un recente simposio tenuto a Stresa fisiologi e psichiatri hanno convenuto che il processo d'invecchiamento del cervello è dovuto ad alterata circolazione che coinvolge neurone, astrocita e capillare. Dismetabolismo ed alterata circolazione sarebbero perciò i maggiori responsabili del fenomeno vecchiaia.

Ma il simposio di Stresa non si è solo soffermato sulle cerebropatie croniche vascolari e cellulari, è andato oltre: ha riaperto la problematica della persona anziana o, come oggi si è soliti dire, « della terza età ».

Il fisiologo e lo psichiatra hanno chiesto l'ausilio dello psicologo se è vero, e l'autorità viene dalla statistica, che nel Duemila le persone oltre i sessant'anni supereranno il venti per cento. Il 1982 sarà l'anno della « terza età » e l'O.N.U. sta organizzando conferenze e dibattiti per sensibilizzare l'opinione pubblica.

Scopo di questa nostra comunicazione è focalizzare il rapporto fra anziano e società, le frustrazioni e i disagi che derivano da questo impatto. Tutto ciò è la drammatica conseguenza di un'errata concezione della vecchiaia, tesa, fino a pochi decenni or sono, a identificare l'anziano come un individuo non più idoneo a produrre forza lavoro e perciò destinato dalla logica dell'economia borghese, o meglio burocratico-tecnologica di qualunque segno, ad essere emarginato e negletto.

È bene infatti precisare che, quando parliamo di economia borghese, non intendiamo solo quella dei paesi occidentali, ma generalizziamo il concetto a tutti i paesi del mondo inseribili nella civiltà tecnologica. Anzi, è proprio nei paesi dove il senso del sociale dovrebbe essere più sviluppato, perché suffragato da determinate ideologie, che troviamo la persona anziana più alienata. Infatti tutte le strutture e le sovrastrutture sono finalizzate preferibilmente in favore delle nuove generazioni che hanno, almeno in

teoria, potenzialità di produrre profitto. Il profitto rimane perciò l'unico scopo, specie in una società altamente industrializzata come la nostra, dove i valori etici e culturali sono strumentalizzati solo per fini demagogici e populistici.

I politici dimenticano che l'anziano è ancora un uomo con i suoi desideri sessuali, le sue istanze politiche, la sua personalità e, perché no, ancora le sue ambizioni. Ma per il burocrate queste sono solo parole. A sessant'anni scatta una legge che trasforma in un giorno un individuo attivo in pensionato.

Condividiamo il pensiero di Francesco Alberoni quando scrive: « E ci meravigliamo che i vecchi vadano al cinema con la luce rossa? E lo consideriamo disdicevole? Ma i giovani si baciano per le strade, fanno all'amore sui prati, tutte le nostre riviste sono piene di nudi come le nostre spiagge. Perché queste cose permesse, anzi proposte a tutti, dovrebbero essere proibite agli anziani? Perché applichiamo due morali? ».

Nel proseguire questo lavoro, cercheremo di tracciare alcune proposte di linee preventive, dirette a conservare all'anziano sufficienti possibilità di esercitare un ruolo che non sia però troppo palesemente concessivo e declassato.

Un fattore che reputiamo molto importante è il reddito, che serve a non emarginare l'individuo e a dargli la possibilità di proseguire una vita dignitosa e senza privazioni. È opinione comune che la persona anziana abbia minori esigenze del giovane. Questo non corrisponde alla realtà.

Le piccole soddisfazioni che con l'indipendenza economica l'individuo può concedersi non dovrebbero tanto operare un reinserimento che è sempre rimedio a una sconfitta, ma garantire che l'anziano non perda in modo drastico il ruolo e l'inserimento ambientale che caratterizzavano la sua precedente esistenza.

Questa nostra opinione è confermata dal Thomae: « Un sostanziale incremento del numero dei pensionati con un morale basso in rapporto alla diminuzione del reddito suggerisce che una condizione economica insoddisfacente può intensificare gli effetti psicologici del pensionamento ».

Alcuni tentativi per la risocializzazione dell'anziano, anche se lodevoli, ci lasciano purtroppo un poco perplessi. Ci riferiamo alle amministrazioni comunali e regionali che hanno assunto i neo-pensionati dando loro mansioni connotate solo in apparenza da fiducia e responsabilità.

Si possono vedere tuttora anziani dirigere il traffico stradale vicino alle scuole, avere mansioni di giardinaggio ecc. Questi tentativi che, come abbiamo già detto, sono lodevoli su un piano puramente sociale, presentano però un lato negativo proprio su quello psicologico: la discriminazione economica rispetto ai colleghi di lavoro ancora inseriti nel sistema.

Il nostro parere infine è che l'anziano continui a far parte della società senza mai avere un punto di frattura con essa, così da mantenere le strutture psichiche ancora valide, e si prepari lentamente ad accettare gli inevitabili acciacchi senza sopravvalutarli.

Siamo d'accordo con Havighurst: « prepararsi per tempo ad invecchiare con successo ».

Recentemente la Bayer-Werke di Leverkusen, seguita dalla Henkel di Dusseldorf, hanno istituito dei corsi di preparazione per i futuri pensionati.

Noi naturalmente ci limiteremo in questa sede per ragioni di spazio a tracciare una panoramica il più aderente possibile alla realtà, proponendoci in seguito di approfondire i dettagli trattando solo la prima fase della terza età, cioè l'inizio del pensionamento con tutti i traumi che esso comporta in una persona valida e con ambizioni divenute latenti, ma sempre vive ed ansigene o depressivizzanti.

Un progetto che si propone di recuperare in modo socio-culturale attivo e qualificato la persona anziana e di evitare quindi l'emarginazione è quello effettuato dal Comune di Rapallo (Genova) in collaborazione con lo I.U.L.M. (Istituto Universitario di Lingue Moderne) di Milano. È il primo in Italia e tra i primi d'Europa: si chiama Università « dell'età d'oro ». Questa istituzione è sorta nel 1978 e il successo da essa conseguito ha superato ogni aspettativa.

Si pensi che ben 300 persone d'ambo i sessi dai 55 anni in poi hanno frequentato questi corsi con perseveranza ed entusiasmo così da meravigliare persino gli organizzatori. I corsi sono articolati nei seguenti settori: Medicina, Psicologia, Filosofia, Teologia, Letteratura Italiana ed Estere, Musica, Teatro ed anche, facoltativamente, corsi di Ginnastica che hanno avuto un alto indice di gradimento. Tra le materie trattate, quelle che hanno destato maggiore interesse sono la Medicina e la Psicologia e questo per ovvi motivi.

L'anziano è portato a gestire la propria salute con maggiore preoccupazione, spinta fino allo scrupolo ossessivo.

Ma l'idea più suggestiva della prima Università Italiana per anziani è quella di considerare questo organismo « non come uno steccato chiuso, rivolto esclusivamente agli appartenenti alla terza età, ma una realizzazione aperta a tutte le partecipazioni a qualsiasi livello » (Ruffini).

Noi, che abbiamo avuto occasione di seguire da vicino questo primo esperimento, possiamo dire che è senz'altro positivo, perché può suscitare interessi magari sopiti per mancanza di tempo durante l'età produttiva, dando così ampia possibilità di approfondimento nella cosiddetta « età d'oro ».

Un suggerimento scaturisce dalla consultazione della letteratura psico-gerontologica e della nostra diretta esperienza: riteniamo positiva una limitata riduzione nel tempo delle ore lavorative, dando così la possibilità al neo-pensionato di essere meno monopolizzato e consentendogli di usufruire di spazi di tempo da dedicare ai vecchi hobbies o alla ricerca di nuovi.

Questo nostro giudizio trova conferma nelle analisi di Gordon, Hall, Trenton, Lehr, i quali asseriscono che gli impiegati sono meno disponibili degli operai ad un anticipato pensionamento.

Adattamento allo stato di pensionamento e cultura sono stati oggetto di studi da parte di Drehr, il quale conclude asserendo che « soggetti dotati di una migliore istruzione e di uno stato sociale più elevato rivelerebbero minor difficoltà di adattamento rispetto a quelli dotati di una maggiore istruzione scolastica ».

Non ci sentiamo di accettare in toto questa tesi. I motivi che ci spingono al dubbio sono anche in questo caso di natura economica. La persona colta, più istruita, è generalmente gratificata da guadagno maggiore rispetto all'operaio. Da ciò derivano un tenore di vita migliore, esigenze diverse; come è possibile mantenere questo stato di cose con una rendita da pensionamento?

Gli studi di Pollman confermano questa nostra tesi. Egli asserisce che negli anni Sessanta, prima della nuova Legislazione, la percentuale dei prepensionati negli U.S.A. era inesistente. Dopo la legge che garantiva una sicurezza economica le percentuali salirono vorticosamente. Citiamo, ad esempio, la Chrysler Corporation dove in un solo anno la percentuale di coloro che volontariamente andavano in pensione prima del sessantacinquesimo anno salì dal dodici al sessantun per cento.

E qui vorremmo aprire una parentesi sulla validità oggettiva dei risultati ottenuti mediante items e questionari.

Per la nostra indagine abbiamo preferito seguire due metodologie distinte: una, fondata sugli iter normali (questionari e items), l'altra basata su rapporti interpersonali con individui, che non avessero però parvenza di ufficialità. Abbiamo potuto così osservare differenze addirittura contrastanti con le risposte rivelateci dalla metodologia tradizionale. Le prime già ci avevano colpito per la loro stereotipicità. Ed il nostro atteggiamento critico si consolidava mano a mano che l'individuo socializzava con noi.

Abbiamo potuto così constatare che le metodologie standardizzate non riuscivano ad abbattere le barriere di censura dei soggetti, a causa della loro meccanicità un po' disumana. Di fronte ad esse l'esaminato non realizza neppure un accenno di transfert e non di rado continua a presentare un rigido personaggio falsificato di copertura. Per contro l'emotività disinibente dei colloqui liberi (come è appurato dall'esperienza psicoterapeutica) stimola un più approfondito bisogno di comunicare, una compartecipazione emotiva con l'operatore atta a far scaturire ciò che sta dietro la maschera sociale indossata nei rapporti di superficie.

Il problema della solitudine dell'anziano è senza dubbio di grande importanza, perché coinvolge i nostri sentimenti e colpisce la nostra emotività. Welford, che ha trattato l'argomento con competenza e dovizia di dati, è arrivato a conclusioni interessanti. Secondo l'autore australiano « i problemi più gravi della solitudine nell'età senile » si verificano in persone che « non sono fisicamente isolate », ma addirittura che vivono con parenti, amici, ecc. Welford spiega questo fenomeno col fatto che la rottura di comunicazione con l'ambiente che lo circonda aumenta ulteriormente l'incantramento su di sé che ha l'individuo solitario.

Il grande Leonardo aveva capito quale strano piacere gli procurava la solitudine: « Se sarai veramente solo — soleva dire — sarai tutto tuo ».

Queste osservazioni sono una conferma di quanto abbiamo già rilevato circa la perdita di ruolo dell'anziano nella società attuale, che non gli attribuisce più quei privilegi di « saggio » in passato sostenuti dalla tradizione.

L'anziano aumenta certo il suo egocentrismo, radicalizza le sue opinioni, si chiude verso il nuovo. Ciò gli serve da compenso, poiché sostiene il perpetuarsi di una sicurezza legata appunto al passato.

L'ambiente di oggi però è tutto proteso verso l'innovazione. Di qui una più accentuata perdita di potere soggettiva dell'individuo in declino, che ha modo di confrontarsi direttamente con chi lo ha sostituito nella gestione delle idee e dei fatti.

Non devono però essere sottovalutate le conseguenze psicologiche di forme di solitudine in assoluto, meno soggette al collaudo dei paragoni. Così l'anziano che vive solo è meno notato negli aspetti del suo comportamento, poiché non ha pubblico. La solitudine può raggiungere in lui i livelli massimi espressi dalla depressione grave e dal suicidio. Sottrarlo all'isolamento e inserirlo fra persone che non lo devalorizzano è dunque ancora la soluzione più efficace dei suoi problemi.

Le correnti più ortodosse della psicoanalisi hanno lasciato un po' in ombra i problemi dell'individuo anziano, sia per quanto riguarda l'interpretazione, sia (assai più drasticamente) per quanto riguarda il loro trattamento. Lo psicoanalista classico può trovarsi disarmato di fronte a fatti psicomodinamici non facilmente riconducibili a un insufficiente completamento della maturità libidica.

L'anziano infatti presenta problematiche connesse all'età ed alla collocazione sociale, che possono essere indipendenti dall'armonia o dalla disarmonia del suo precedente sviluppo psichico. Il declino senile e la conseguente perdita di ruolo nella società possono prescindere da un precedente mancato raggiungimento della psicoanalitica « fase genitale »: si tratta di fenomeni nuovi che possono resistere ad un agganciamento, anche condotto con abilità funambolica, alla sessualità infantile.

La non applicabilità della psicoanalisi ortodossa come terapia all'anziano deriva dal fatto che l'obiettivo dei trattamenti di questo tipo è il completamento corretto dell'evoluzione libidica, obiettivo che per l'anziano può aver perduto pregnanza, tanto da risultare risibile per la finalità di un suo recupero.

L'indirizzo pragmaticamente più seguito nella terapia psicologica degli anziani è quello comportamentista o al massimo cognitivo-comportamentista. Non si può negare l'efficacia di una modificazione guidata del comportamento, specie se unita a chiarimenti dei problemi sul piano della realtà. È però provato che tale indirizzo terapeutico lega abbastanza drasticamente la sua efficacia al supporto dell'operatore guida. Ne può derivare pertanto una mancanza di tenuta su tempi lunghi, ossia quando il soggetto

deve procedere da solo, rischiando di ricadere nello scoraggiamento. In linea di massima si può affermare che l'effetto positivo del comportamento persiste quando si è potuto assicurare al soggetto un inserimento sociale fra persone che non tendono a devalorizzarlo.

Una psicoterapia analitica di tipo adleriano, anche se non spinta a livello del paziente ad approfondimenti interpretativi simbolici di maggiore impegno, può rappresentare una soluzione con garanzia di maggior tenuta. Essa però è applicabile con credibilità solo ai pazienti non troppo deteriorati sul piano dell'intelligenza e dotati di un minimo di cultura di base che consenta la comprensione di semplici linee analitiche.

In chiave adleriana l'accettazione del collegamento con problematiche infantili si verifica con un'incidenza non trascurabile. L'analisi della costellazione familiare d'origine, dei primi ricordi e dello stile di vita, inquadra infatti obiettivi di più ampia portata rispetto all'istintualismo ortodosso, ossia un modo di intendere se stessi ed il mondo che ancora persiste nell'età del declino.

Anche nei casi in cui esisteva un precedente buon compenso, poi perduto pressoché esclusivamente a causa della senilità, la depressione, l'angoscia dell'anziano si strutturano utilizzando elementi che già in precedenza sussistevano, pur essendo sopiti da positive vie di compenso.

Lo smascheramento di finzioni risulta quindi un apporto determinante al processo di incoraggiamento operato dal terapeuta. Attribuire almeno in parte ad un'elaborazione fittizia non obiettiva il proprio ripiegamento astensionista offre certo, sul filo di una nuova criticità, occasioni per fare progetti, per dare un senso ancora, cioè, alla propria vita.

BIBLIOGRAFIA ESSENZIALE

- A. ADLER: Il temperamento nervoso - Newton Compton, Roma, 1971.
- A. ADLER: Psicologia individuale e conoscenza dell'uomo - Newton Compton, Roma, 1975.
- F. ALBERONI: Innamoramento e amore - Garzanti, 1979.
- M. CESA BIANCHI: Psicologia della senescenza - Angeli, Milano, 1978.
- G. DREHER: Adjustment to retirement: a study of two occupational groups - « Proc. 8th Intern Congr. Gerontol. » - Washington D.C. 2, 1969.
- F. FIORENZOLA: La sessualità nell'anziano - in « Prospettive Adleriane in psicosessuologia » - Atti I° Congresso Nazionale della Società Italiana di Psicologia Individuale, 1978.
- M. FULCHERI: L'individualpsicologia e gli anziani - Rivista di Psicologia Individuale, anno 8, n. 13, dicembre 1980.
- URSULA LEHR: Psicologia degli anziani - S.E.I., Torino, 1979.
- A. M. MADERNA: Per una più esauriente bibliografia sull'argomento vedansi i lavori di A. M. Maderna e M. A. Casucci raccolti e menzionati nel già citato volume di M. Cesa Bianchi.
- F. PARENTI: Manuale di psicologia su base adleriana - Hoepli, Milano, 1970.
- F. PARENTI, G. G. ROVERA, P. L. PAGANI, F. CASTELLO: Dizionario ragionato di psicologia individuale - Cortina, Milano, 1975.
- A. W. POLLMAN: Early retirement a comparison of poor health to other retirement factors - J. Gerontol 26, 1971, 41-45.
- H. THOMAE, U. LEHR: Altern probleme und tatsacheu, Reader - Akad. Verlagsges, Frankfurt, 1968.
- A. T. WELFORD (citato da Lehr): Psicologia degli anziani - S.E.I., Torino, 1969.

A. BALZANI - A. MADEDDU - C. LOVATI

RICERCA DI SUPPORTO ALLA TEORIA DELL'AUTOSTIMA QUALE CAUSA DELL'USO ED ABUSO DI DROGHE DEL DR. R. STEFFENHAGEN

INTRODUZIONE

In un precedente lavoro (Monaco 1976 - Congresso Mondiale di Psicologia Individuale) (1) riferivamo che le spiegazioni del fenomeno droga, basate sia su analisi socio-politiche che socio-economiche soddisfacevano solo in parte ed inoltre avevamo constatato che i ricorrenti tentativi per catalogare i tossicomani negli elenchi delle personalità abnormi erano viziati in partenza e dai presupposti storici e dal fatto che la casistica era studiata a posteriori, dopo un già lungo periodo di tossicodipendenza (2).

Dopo esperienze personali di lavoro clinico ed ambulatoriale con i tossicomani e dopo indagini psichiatriche, psicologiche e psicometriche eseguite nei soggetti ricoverati o seguiti ambulatoriamente negli Ospedali Psichiatrici della Provincia di Milano (le indagini avevano escluso anomalie specifiche della personalità) avevamo avvertito l'esigenza di una ricerca per puntualizzare il fenomeno nei suoi aspetti psicodinamici.

Avevamo passato in rassegna le posizioni di autori di corrente freudiana, junghiana ed adleriana ed avevamo trovato tra loro dei punti di contatto.

Con il richiamo all'erotismo orale ed alla struttura narcisistica (Rado, Simmel ed altri), al « puer aeternus » (Moreno e Paracchi), al bambino viziato o trascurato (Schaffer e Parenti), gli AA. sembravano descrivere un tipo di carattere costituito da immaturità affettiva, depressione, inconcludenza ed insicurezza profonda.

In vari modi inoltre affermavano che l'adolescente tossicomane non riesce a raggiungere un livello emotivo « adulto » per il modo di porsi in relazione con lui dei genitori.

Tali caratteristiche, riscontrate nei tossicomani, sono notoriamente a monte di molte « devianze » e anche persone che abbiano questi tratti vivono una vita apparentemente normale, cioè senza comportamenti che si discostano dalle regole sociali.

La teoria dell'autostima del Dr. Steffenhagen ci mostra una via da seguire per spiegare non solo la droga-dipendenza, ma anche l'insuccesso percentualmente alto, della terapia e della prevenzione.

LETTERATURA

Il Dr. Steffenhagen in « An Adlerian Approach toward a Self-Esteem theory of deviance: A drug abuse model » postula che ogni comportamento è mediato dal tentativo dell'individuo di proteggere l'autostima nell'ambiente sociale. La preservazione del concetto di sé (self) è la variabile più importante che soggiace all'inizio, alla continuazione e alla cessazione dell'abuso di droghe e spiega come mai il processo di riabilitazione frequentemente si risolve in una ricaduta.

L'eziologia dell'uso di droghe non risiede né nella personalità né nella costellazione familiare dell'individuo (droga usata secondo un modello di comportamento) ma nella pressione sociale, nella disponibilità e accettabilità della droga. L'individuo con scarsa stima di sé è un « prime target », cioè un bersaglio accelerato per l'abuso di droga, quando le circostanze ambientali sono sfavorevoli. La droga diviene l'espressione dello stile di vita di persone che sono state viziate o trascurate, in quanto in ambedue i casi, per motivi diversi, sono state impedito nello sviluppo delle capacità di padroneggiare le situazioni e di raggiungere obiettivi adeguati alle proprie possibilità. La persona « vizziata » risulta da una madre superprotettiva che si prende ogni responsabilità, impedendo al bambino di sviluppare l'autostima; la persona « trascurata » è stata un bambino senza senza attenzioni, né lode né biasimo, un bambino lasciato ai suoi espedienti ed ai suoi sbagli.

Secondo Steffenhagen è sempre l'autostima che determina l'effetto che gli stress, le frustrazioni, le perdite hanno sull'individuo e la funzione della droga è quella di salvaguardare la stima di sé, permettendo al tossicomane di sfuggire alle responsabilità, biasimando gli altri e le circostanze; qualcosa che è sempre al di fuori di sé.

L'insuccesso di molte terapie e della prevenzione, sotto forma di informazione, viene spiegato col fatto che si fa poco per mutare il concetto di sé che ha l'individuo. Il dr. Steffenhagen cita a questo proposito la diffusione dell'eroina tra i soldati del Vietnam in quanto la noia e lo stress li spingevano ad una scarica di tensione e tale tipo di droga era disponibile. Tornati in patria i soldati con valida autostima abbandonavano spontaneamente l'eroina e si reinserivano senza problemi nel loro ambiente sociale: per gli altri incominciava una strada di disintossicazioni e ricadute (3).

Abbiamo così voluto analizzare due momenti fondamentali nella vita dell'individuo per l'acquisizione della stima di sé: il formarsi di uno spazio personale all'interno della famiglia e successivamente l'estendersi di questo spazio nel gruppo sociale più vasto; per quanto riguarda l'influenza determinante del gruppo (e la disponibilità sul mercato di un determinato tipo di droga) nel far scegliere all'adolescente la via della droga quale meccanismo di compenso, ci è sembrata superflua un'ulteriore ricerca, dopo tutte quelle comprovanti tali influenze (4).

È noto che la dinamica delle interazioni tra individuo e collettività è grandemente influenzata dall'impronta della struttura originaria. Adler nei primi suoi scritti ha mostrato come tutto il nucleo familiare, fratelli compresi, cooperi nel formare nell'individuo il senso della vita: l'artefice maggiore è la madre, con le sue possibili deviazioni (iperprotettiva, astensionistica, aggressiva), con le sue matrici che derivano dalle sue personali esperienze di vita o condizionate da chi l'attornia.

Per Adler nessuna esperienza è la causa diretta di un successo o di un insuccesso, ma noi siamo autodeterminati dalle nostre esperienze.

È importante come si formano questi significati: « Sin dai primi giorni dell'infanzia noi possiamo vedere oscuri brancolamenti alla ricerca di questo significato della vita; verso la fine del quinto anno, il bambino ha già acquisito un suo stile di vita nell'affrontare compiti e problemi ed ha stabilito la sua più profonda concezione di ciò che può aspettarsi dal mondo e da se stesso » (5).

Secondo Adler le situazioni principali che forniscono ai bambini l'occasione per dare un significato erroneo alla vita, modificabile solo con adatti interventi terapeutici, sono tre: quella del bambino con difetti fisici, quella del bambino viziato e quella del bambino trascurato.

Da questi gruppi escono i bambini con problemi in quanto mancano di reali sentimenti verso i propri simili e di interesse sociale.

Il significato che danno alla vita è personale, concentrato su di sé, e questo è dovuto alla mancanza di una valida ed adeguata protezione affettiva al momento giusto. Essi si chiedono continuamente: « Che posto ho io in famiglia e nel mondo? Come mantenere o destare l'interesse degli altri? ».

In uno studio del 1978 su 40 bambini dai 5 ai 14 anni portati a consultazione all'ambulatorio dell'I.M.P.P. Corberi della Provincia di Milano per turbe psichiche (depressione, isolamento, fobie) o anomalie della condotta, la prima serie di disturbi risultava significativamente correlata ad un rapporto ostile con la madre (per una gravidanza non accettata e per sue problematiche non risolte), la seconda serie ad una iperprotezione di un membro della famiglia, il più spesso la madre (6).

Ai primi mancava la sicurezza fondamentale di essere accettati per quello che erano (i perdenti nella rivalità fraterna), agli altri, poiché la madre aveva risolto ogni più piccolo problema, mancava la capacità di tollerare le frustrazioni.

In ambedue i casi i bambini non avevano preso coscienza delle loro effettive capacità e non si erano costruiti una sufficiente autostima.

La ricerca del '78 ha così evidenziato come sia importante il rapporto all'interno della famiglia per il formarsi dell'autostima.

La convalida dell'autostima avviene poi nei primi contatti del bambino con un ambiente più vasto: asilo e scuola.

Il bambino italiano ha generalmente i primi contatti sociali con l'inserirsi nell'asilo, verso i tre anni. Qui si evidenziano le prime difficoltà

che il bambino ha già acquisito nel gruppo familiare, ma il personale dell'asilo talvolta non è qualificato per aiutare i bambini a superarle. Infatti per diventare maestra di scuola materna sono sufficienti tre anni di studio dopo la scuola dell'obbligo. La preparazione è superficiale in ogni materia, anche psicologia e pedagogia. Spesso il bambino che presenta un comportamento anomalo, in quanto in famiglia non ha protezione adeguata, è rafforzato nella sua devianza. Non è accettato nel giusto modo e diviene un « caso » (Come psicoterapeuta di bambini sono stata, ad esempio, consultata dal pediatra di un bambino difficile in quanto all'asilo si lamentavano coi genitori dell'aggressività del bambino o del suo isolamento o dei suoi pianti. Invece di essere aiutato a superare il problema il bambino veniva colpevolizzato o rifiutato: per esempio l'insegnante non voleva il bambino per più di due ore o non lo voleva ai pasti, dicendo che sputava o che con la forchetta poteva ferire gli altri e così via. Il bambino poteva iniziare così la sua carriera di disadattato).

Nella scuola elementare la situazione non è migliore. Inizia inoltre l'apprendimento ed i bambini si rendono conto che studiare comporta fatica e costanza. Il rapporto con l'insegnante non è sempre stabile e l'insegnante, quasi sempre di sesso femminile, non è ancora sufficientemente preparata ad accettare bambini con difficoltà, bambini che il più delle volte semplicemente non si adattano al sistema scolastico.

Inserendosi nella scuola media i ragazzini subiscono « un salto » di impostazione: passano da un insegnante unico a molti insegnanti, che si avvicendano di ora in ora. Si crea difficilmente quel rapporto di fiducia che si poteva creare nelle elementari, ed il bambino, nonostante la diversa impostazione didattica attuale, tende ancora a vedere negli insegnanti dei giudici. Possiamo affermare inoltre che difficilmente i bambini siano incoraggiati sinceramente per ciò che sanno fare, al di fuori dell'apprendimento, ma è più facile che vengano più o meno apertamente svalutati, quando non si adeguano all'apprendimento nozionistico.

Se consideriamo poi le esigenze del mondo adolescenziale, animato dalla ricerca dei ragazzi della propria identità e dal bisogno di riconoscere se stessi nel momento di passaggio dall'infanzia al mondo adulto, dobbiamo sottolineare come le difficoltà attuali nel rapporto con l'ambiente scolastico superiore aumentino.

Intendiamo riferirci al fenomeno dell'assenteismo e della mobilità del personale insegnante, che rende altamente improbabile un rapporto stabile e produttivo con gli allievi: i programmi di insegnamento continuano ad essere nozionistici ed ancora più sganciati dalla realtà quotidiana.

A questo proposito ricordiamo le valutazioni sul mondo della Scuola espresse da studenti fra i 15 ed i 18 anni, che risultano da un questionario distribuito in otto Scuole Medie Superiori romane, nell'ambito di una inchiesta sul disadattamento giovanile.

Alla domanda « quale funzione assolve secondo te il professore nella scuola? » solo un terzo dei 2.400 intervistati vede nell'insegnante una guida o un educatore in senso positivo, e oltre la metà degli alunni di-

chiara di non avere rapporti costruttivi con nessun professore.

Il giudizio sulle materie di studio appare negativo nel 62,2% dei casi, in quanto vengono definite lontane dalla realtà e male insegnate.

Il giudizio sulla funzione della Scuola per l'inserimento nel mondo del lavoro è nel 61,9% completamente negativo (7). La scuola non risulta essere il luogo in cui, come auspicava Adler, si correggono gli errori dei genitori (8).

Per quanto riguarda specificatamente il rapporto dei tossicodipendenti con l'istituzione scolastica e considerando i dati relativi ai tossicodipendenti che si sono presentati al Centro Aiuto Drogati del Comune di Milano nel 1980 risulta che il titolo di studio più rappresentativo è quello della Scuola Media Inferiore dell'Obbligo (351 casi su 651) pari al 62,5%.

Solo il 16,7% non ha terminato la Scuola dell'Obbligo; il 33,1% si è arrestato al diploma di Scuola Media ed il 29,5% ha tentato di continuare, ma si è arrestato prima di aver completato un successivo ciclo di studi.

È importante ricordare che i tossicodipendenti eroinomani hanno iniziato ad assumere i derivati cannabinici come prima droga (nell'85,4% cioè 499 su 584) prevalentemente in una fascia di età tra i 14 e i 16 anni (56,2% 313 su 556).

La fascia di età più rappresentativa per l'inizio con l'eroina è tra i 17 e 19 anni (pari al 45%) (9).

CASISTICA E METODI

Date queste premesse abbiamo studiato un questionario aperto con 19 items (la ricerca è ancora in corso) per vedere se le ipotesi del Dr. Steffenhagen avessero delle basi valide anche per la realtà italiana e lo abbiamo applicato a 40 ragazzi e ragazze che si sono presentati spontaneamente al C.A.D. ed al Centro Dispensariale dell'Ospedale Antonini di Limbiate.

Per quanto riguarda l'iter tossico dei soggetti i dati sono i seguenti: il tipo di droga assunta al momento dell'intervista è l'eroina, la prima droga assunta è un derivato della canapa indiana nell'85% dei casi. La fascia più rappresentata come età è quella tra i 18 ed i 23 anni.

Gli items del questionario riguardano la posizione del soggetto e i rapporti all'interno della famiglia e della scuola, la presenza di problemi in famiglia, come il ragazzo si senta e si fosse sentito valutato in casa ed a scuola, la scolarità, il rapporto con l'altro sesso, la figura adulta o il personaggio in cui si identifica, la funzione che ha avuto ed ha la droga, quali sono i motivi che ora lo inducono a disintossicarsi ed infine che cosa pensa di non aver potuto fare o di non poter fare a causa della droga.

Questo item è esattamente: « Se non ti drogassi che cosa ti piacerebbe fare ed in che cosa ti piacerebbe riuscire? » ed è stato postulato in

questo modo proprio perché il dott. Steffenhagen afferma che il tossicomane attribuisce la causa dei suoi insuccessi a qualcosa, qualcuno al di fuori di sé e la droga ha proprio la funzione di proteggere l'autostima.

Le voci prese in considerazione hanno lo scopo di aiutarci ad individuare la presenza e la dimensione della valutazione di sé e degli altri ed anche di sintetizzare elementi dell'inserimento familiare, scolastico ed extrascolastico.

Ci proponiamo in futuro di correlare i dati raccolti con l'indice ro (derivato dall'applicazione dell'indice ro di Fisher) ed anche di correlarli coi dati di un analogo questionario che stiamo applicando a un gruppo di controllo.

RISULTATI E CONSIDERAZIONI

Per quanto riguarda l'ambiente familiare abbiamo ottenuto le seguenti informazioni:

1. Il 75% vive con genitori formalmente uniti, il 20% ha perso uno dei genitori, il 5% ha i genitori separati.

2. L'ordine di genitura non appare significativo in quanto sono ugualmente rappresentati primogeniti, figli di mezzo ed ultimogeniti.

3. Appare significativa la mancanza di protezione adeguata in quanto la maggior parte dei ragazzi si è « sentita » trascurata.

4. Il 30% ha genitori o fratelli con problemi di alcoolismo o di droga dipendenza, il 65% ha una famiglia senza problemi.

5. Nessuno ha preso a modello nella sua infanzia uno dei genitori; solo una ragazza si è identificata nella maestra e il 20% con personaggi del cinema o della TV, come Marlon Brando o un cantante rock. Solo il 10% afferma di voler disintossicarsi per riconquistare o mantenere la stima dei genitori (...loro sanno che non mi faccio più... mi considerano un bravo ragazzo... n. 13).

6. 7. 8. Per quanto riguarda i rapporti con la scuola il 50% si è sentito valutato positivamente dagli insegnanti, l'altro 50% o negativamente o con indifferenza. Pochi hanno trovato degli amici tra i compagni (circa il 30%).

Colpisce il fatto che non riescano a valutare le relazioni con l'altro sesso: il 45% risponde infatti in modo evasivo, privo di contenuto; il 30% elude o rifiuta la domanda, il 10% risponde negativamente. (Penso che i sessi non contino molto, ma è la testa che entrambi i sessi hanno... Sono stata sempre meglio con i maschi... ho avuto solo un'amica. In genere non amo le donne... poche hanno la mia stima). La stima di sé è positiva solo nel 10% degli intervistati ed è negativa nel 60% (...mi faccio schifo in tutti i sensi o quasi...). Il 30% è incapace di definirsi o rifiuta la domanda.

Gli altri sono visti positivamente solo dal 5% degli intervistati; il

60% risponde evasivamente o non risponde del tutto, il 35% dà chiaramente una risposta negativa (...gli altri sono pessimi, forse un po' meno di me). L'opinione che hanno sulla vita è positiva nel 20%, il 15% dà una valutazione indifferente, né bene né male, il 35% risponde evasivamente o non risponde, il 30% ha un'opinione negativa (...penso che sia una continua guerra in cui l'uno vuole prevalere sull'altro...).

La funzione iniziale della droga è stata quella di procurare piacere e divertimento contro la noia nel 65% dei casi; nel 30% quella di aiutare la comunicazione, far sentire il soggetto superiore o adeguato alle circostanze. Tipica è questa risposta: « il 90% per scocciatura... il 10% mi piace ».

I motivi prevalenti che spingono i tossicomani a disintossicarsi sono costituiti nel 70% dei casi dalla fatica di sbattersi e dal desiderio di vivere tranquilli; come già detto solo il 10% dichiara di farlo per i genitori, il restante 20% per la gente, la salute e per il lavoro.

La risposta di questo ragazzo di 23 anni sembra riassumere le motivazioni: « per riuscire a fare tutto... vivere tranquillamente... per il rispetto di chi mi sta vicino e per la salute! ».

Le prospettive per il futuro sono reali solo nel 25% dei casi (per reali intendiamo consone alle capacità ed alla preparazione del soggetto), nel 15% indotte da un atteggiamento controculturale, nel 60% utopistiche. (Voglio vivere in una fattoria con tanti cavalli ed un uomo che mi amerà... mi piacerebbe fare una vita non monotona come adesso; mi sarebbe piaciuto girare a zonzo senza che nessuno cercasse di ostacolarmi!).

Dobbiamo constatare, per quanto riguarda la composizione del nucleo familiare, un cambiamento rispetto alle caratteristiche evidenziate da ricerche precedenti che consistevano in un'elevata percentuale di famiglie disgregate (10).

Ci sembra anche significativo il fatto che non siano riferiti frequenti disturbi psichici nei genitori e nei fratelli: solo il 35% dei familiari presenta una patologia manifesta.

Anche a proposito della storia personale e delle possibili situazioni scatenanti la tossicodipendenza non si evidenziano situazioni di disagio sociale particolarmente significative, a differenza dei dati risultanti da precedenti inchieste che sottolineavano fattori sociali disturbanti (11).

Le motivazioni per l'inizio dell'abuso di droga non sono mai riferite a oggettivi fattori di malessere sociale, bensì a desiderio di evasione e al bisogno di sentirsi adeguato a un gruppo, a una circostanza.

I dati riguardanti la scolarità corrispondono a precedenti rilevazioni, ma si evidenzia la mancanza di coetanei con cui stabilire valide identificazioni nell'ambito della scuola. Il rapporto con l'insegnante non appare particolarmente conflittuale, anzi sembra sostituire quello con i compagni, forse per una richiesta di supporto.

Ci sembra così di poter concludere che il profilo psicosociale del tossicomane si è mutato in questi ultimi quattro anni e che i fattori di insi-

curezza personale hanno un ruolo più importante; questo si realizza in una situazione di obiettiva espansione dell'offerta.

Ci ha colpito il fatto che nessuno degli intervistati abbia assunto come figura ideale in cui identificarsi i genitori o persone adulte dell'ambito familiare, ma personaggi del mondo dello spettacolo pubblicizzati dai mass-media e che attualmente i modelli di comportamento siano vaghi ed insignificanti. La stessa vaghezza la ritroviamo nei propositi di vita futura.

Contro questo dato si scontrano i nostri interventi terapeutici, perché i tossicodipendenti si aggrappano alla droga come l'unico valore della loro vita. Infatti solo il 20% attribuisce all'esistenza un valore positivo ed il 70% vuole smettere solo per la fatica di « sbattersi ».

Ci domandiamo a questo punto quale può essere la possibilità di successo, ai fini terapeutici, di un trattamento sostitutivo con altri stupefacenti, che annullerebbe anche questa motivazione!

Pochissimi ragazzi hanno dato di sé una valutazione positiva ed in termini concreti, anche se la non fiducia nelle proprie capacità, al momento dell'inizio dell'uso della droga, non è stata coscientemente avvertita (questo convalida l'ipotesi del dr. Steffenhagen), ed inoltre non valutano positivamente né i rapporti interpersonali né l'esistenza stessa: mancano in definitiva del « sentimento sociale ».

Tutte le caratteristiche che E. Wexberg, come riporta Schaffer (12), attribuisce a coloro che hanno sviluppato il sentimento sociale, sono presenti al negativo nei tossicomani.

Mancano di un senso di realtà che permetta loro di vedere le cose in una prospettiva obiettiva, lontano da una visione egocentrica e dall'interesse personale; non hanno un pensiero logico disposto ad accettare i momenti sfavorevoli e le vicissitudini della vita, non sono disponibili per il rendimento; considerando che il lavoro è una forma di oblio di se stessi per accettare le esigenze della società, non sono responsabili di ciò che fanno, pensano o sentono, non hanno un interesse reale per le manifestazioni artistiche dell'uomo e per la natura.

Il calo dell'autostima si esprime anche nel decadimento del modello del personaggio tossicodipendente quale si era diffuso nei primi anni del '70, con caratteri di creatività, di estroversione e di sfida alla società.

Date queste considerazioni noi crediamo all'utilità di una prevenzione non solo sotto forma di informazione diretta agli adolescenti, ma soprattutto sotto forma di intervento diretto su quei bambini che già alle elementari presentano delle difficoltà nell'acquisizione del senso sociale, un intervento atto a dare al bambino fiducia nelle proprie possibilità e capacità, oltre ad un senso di appartenenza al mondo degli altri, facendolo uscire dall'egocentrismo proprio della prima infanzia.

Per questo ci sembrano importanti le figure della maestra di scuola materna e delle elementari affinché possano veramente correggere gli errori dei genitori per la loro inconscia preferenza, per la loro iperprotettività o insufficienza di protezione.

« L'educatore si deve sforzare di risvegliare nel bambino il coraggio di uscire dal quadro familiare e d'interessarsi ai problemi dell'amicizia, dell'amore, della professione, della civilizzazione e dell'umanità nel suo insieme » (13). È importante intervenire anche sul « tempo libero ». Infatti al Corvetto, quartiere periferico di Milano, come riferito dalla d.ssa Orio, è stato fatto un lavoro di complesse attività, che andavano dall'aiuto allo studio e recite, pitture, gite, in un cortile di IACP per circa 100 ragazzi (un animatore ricco di affettività e spontaneo ogni 10-20 ragazzi): dei 70 ragazzi che per almeno 2 anni hanno frequentato i gruppi, nessuno a distanza di 6 anni, si è mai drogato e gli animatori sono tuttora un punto di riferimento.

Ci sembra utile, a livello di 2^a, 3^a media e prime classi superiori, applicare a tutti gli allievi un questionario, per valutare la presenza di senso sociale, e mettere a disposizione degli allievi e dei loro problemi una persona ben preparata a cui si possano rivolgere spontaneamente, una persona che non sia né il medico scolastico né un insegnante della scuola; fino ad ora si è intervenuti a problema di tossicodipendenza già evidente.

A livello di terapia dalla nostra ricerca si evidenzia il perché delle ricadute e dell'insufficienza, per il reinserimento, delle attuali strutture comunitarie, di supporto e, benché drastiche, protettive: se l'individuo non muta le opinioni che ha su di sé, sugli altri, sul mondo, opinioni del resto già acquisite prima dei 5 anni, non acquisisce insomma il sentimento sociale, rimane più vulnerabile di fronte a condizionamenti di mercato.

BIBLIOGRAFIA

- 1) BALZANI A., PARACCHI G.: Breve rassegna di aspetti e interpretazioni psicodinamiche del fenomeno « droga » - Rivista di Psicologia Individuale n. 6-7, marzo 1977, Milano.
- 2) MADEDDU A.: « Tossicofilie e tossicomanie contemporanee: aspetti statistico clinici e prospettive terapeutiche » - Droga e Società italiana, Giuffrè, Milano, 1974.
- 3) STEFFENHAGEN R.: Drug abuse and related phenomena: an Adlerian Approach - In: Journal of Individual Psychology - Vol. 30, pag. 238/50, nov. 1974, New York.
An Adlerian Approach Toward a Self-esteem Theory of Deviance. A Drug Abuse Model - In: Journal of Alcohol and Drug Education - Vol. 24, n. 1, Gerard Globetti Editor Fall, 1978.
- 4) MADEDDU A.: Il gruppo come situazione determinante le scelte tossicofile - Atti VI Riunione Neuropsicofarmacologia, Milano, 2-3 giugno 1978.
- 5) ADLER A.: Che cos'è la psicologia individuale - New Compton, Roma, 1976 — Psicologia individuale e conoscenza dell'uomo - New Compton, Roma, 1975 — Il temperamento nervoso - New Compton, Roma, 1971.
- 6) BALZANI A. e coll.: Un approccio psicodinamico alla rivalità fraterna - Rivista di Psicologia Individuale, N. 10-11, Milano, 1979.
- 7) D'ARCANGELO E.: La droga nella scuola. Inchiesta tra gli studenti di Roma - Einaudi, Torino, 1977.
- 8) ADLER A.: Che cos'è la psicologia individuale - Op. cit., pag. 127.
- 9) Centro Aiuto Drogati Milano, Dati statistici 1980.
- 10) VIANI F. e coll.: La tossicomania nell'adolescenza - Rivista di Neuropsichiatria infantile, Fascicolo 64-65, Marzo, 1975.
PARACCHI G. e coll.: Strutture della personalità nei tossicomani adolescenti - Atti VI Congresso Nazionale Soc. Italiana di Neuropsichiatria Infantile, Vol. 3, Taormina, 9-13 ottobre 1974.
- 11) CANCRINI L.: Esperienze in una ricerca sulle tossicomanie giovanili in Italia - Mondadori, 1973.
- 12) SCHAFFER H.: La Psychologie d'Adler - Masson, Patigi, 1976.
- 13) SCHAFFER H.: Op. cit., pag. 73.

CHIARA MAROCCO MUTTINI

CONTRIBUTO ALLO STUDIO DELLE TOSSICOFILIE
NEL SESSO FEMMINILE
SECONDO UN MODELLO INTERPRETATIVO
ADLERIANO

L'alcoolismo rappresenta in Italia, come in molti altri Paesi, una delle più frequenti cause di morbidità psichiatrica e di ricovero (Madeddu, 1969; Marocco Muttini, 1975). Ciò spiega come siano stati fatti numerosi studi sull'abuso di alcoolici e sulle dinamiche psicologiche che lo sottendono.

La letteratura in proposito si riferisce in genere all'alcoolismo senza distinzione di sesso o prende in considerazione particolarmente l'etilista maschio e ciò si spiega con la netta prevalenza dell'etilismo nel sesso maschile (Alexander, 1967; Frighi, 1971; Carletti, 1969; Colucci e D'Amato, 1968; Filippini, 1968).

È opinione prevalente che non esista una specifica personalità pre-morbosa dell'alcoolista anche se sono stati citati come peculiari della sua personalità tossicofila l'im maturità emotiva, l'incapacità ad assumere responsabilità di tipo adulto, l'incapacità a superare le proprie difficoltà ed a stabilire valide relazioni sociali, il desiderio di fuga, la passività, la dipendenza, l'« insufficienza esistenziale » (Torre, 1969), caratteristiche del resto non patognomoniche dell'alcoolista, ma generali della personalità neurótica (Torre, 1974).

Eventuali caratteristiche di personalità tipiche dell'etilista donna sono rimaste finora scarsamente studiate. Attualmente però l'abitudine a ingerire alcoolici nel sesso femminile sembra diventata fenomeno di assai più frequente osservazione, come è provato anche da ricerche statistiche. Oggi si parla da molte parti di una aumentata incidenza dell'alcoolismo, o almeno della abitudine al bere, che del resto ne costituisce la premessa, nel sesso femminile (Lemere, 1956; Frighi, 1969; Bisio, 1969), come risposta patologica a certi disagi psicologici della vita odierna (Moscovici, 1960; Gallino, 1978; Marocco Muttini, 1979; Antonello e al., 1979).

Lemere, nel '56, in un'ampia serie di ricerche, rilevò che nel corso di 20 anni circa il rapporto fra etilisti maschi e femmine era passato da 1/15 a 1/5,6. Ricerche sulla popolazione di ricoverati negli ospedali di Genova (Rizzola e Iosadini, 1974) dimostrano come dal '68 al '73 il numero dei ricoveri per alcoolismo acuto è quasi raddoppiato soprattutto per quanto riguarda la popolazione femminile.

Fatte queste premesse, si può comprendere quindi come ci si possa

interessare dell'alcoolismo femminile, considerandolo fenomeno a sé stante, disgiungibile da quello maschile.

La sindrome potrebbe presentare una dinamica particolare nel sesso femminile. Ciò si può ipotizzare in base a una serie di elementi.

La diversa considerazione in cui è tenuto l'abuso e anche l'uso di alcoolici nell'uomo e nella donna fa ritenere che la donna debba superare notevoli barriere anche psicologiche per diventare alcoolista, trovando la spinta verso questo comportamento in motivazioni molto forti e profonde (Solms, 1958; Buytendijk, 1967; Badano, Gavazzi, 1978; Karpman, 1951).

Nelle donne alcoolomane gli autori rivelano labilità della sfera affettiva e nuclei neurotici evidenti. Questo dato permette di dedurre che l'alcoolista di sesso femminile non giunga mai all'abuso di alcool « per caso », ma come manifestazione di una vera e propria « nevrosi alcoolica ». Dice Fouquet (1951): « un soggetto portatore di una neurosi qualunque (nessuna organizzazione strutturale specifica o disposizione tipica può essere messa in causa) può essere condotto (in determinate condizioni) a un uso patologico dell'alcool. Mentre egli tenta così di compensare le proprie manifestazioni nevrotiche mediante l'alcool, questo, all'insaputa del malato, diventa paradossalmente la modalità più significativa di espressione di una nuova organizzazione patologica; così si realizza la nevrosi alcoolica ». Così l'autore definisce l'entità clinica che egli ritiene abbia caratteristiche sue proprie nell'ambito delle sindromi da abuso etilico e che connota fondamentalmente con una assente o ritardata « perdita della libertà » di astenersi dall'alcool e con il fatto che le sostanze alcooliche sono assunte talvolta con disgusto, mai con piacere, esclusivamente per il loro effetto compensatorio.

Ricerca di compensazione a livello fantastico (A. Freud, 1967) sarebbe anche, secondo Fagiani-Ravizza (1968), una delle caratteristiche strutturali che possono orientare il futuro etilista a contrarre l'abitudine al bere.

Dato come assunto che l'abitudine all'alcool costituisca un sintomo neurotico e una « modalità di espressione » — come dice Fouquet — di una nuova organizzazione patologica, resta però da spiegare quale sia il perché, quale la genesi psicodinamica della scelta di questo comportamento-sintomo particolare.

Il fatto che l'etilismo femminile abbia avuto un aumento tanto significativo in un arco di tempo nel quale il ruolo della donna ha subito modificazioni evidenti, può mettere in discussione fattori sociali. D'altra parte il fatto, rilevato da numerosi autori, che l'alcoolismo femminile non è particolarmente diffuso fra le donne che hanno accettato o assunto nella società un ruolo diverso da quello assegnato loro dalla tradizione, mentre è più frequente in coloro che continuano a vivere in ruoli tradizionali, può fare ipotizzare l'esistenza di frustrazioni e conflitti che in precedenza non avevano motivo d'essere (Garello e Rosadini, 1968; Rizzola e Rosadini, 1974).

In una precedente ricerca (Fagiani-Muttini, 1980) sulla personalità al Rorschach delle donne etiliste, si è osservata una evidente disomoge-

neità del campione, nel quale non si potevano osservare caratteristiche comuni, né affinità evidenti sul piano del livello socio-economico, o culturale, o della struttura.

L'unico fattore socio-ambientale che sembrava accomunare i casi era il tipo di interesse e di attività: si trattava nella totalità dei casi di donne coniugate, alcune casalinghe, altre lavoratrici, tutte legate a schemi tradizionali per quanto riguardava il ruolo femminile nella famiglia. Questo dato veniva a confermare il fatto già rilevato (Garello e Rosadini, 1968; Rizzola e Rosadini, 1974) che l'alcoolismo femminile sarebbe più frequente in coloro che continuano a vivere in ruoli tradizionali.

Nella ricerca precedente, da me condotta in collaborazione con Fagioli, si mettevano in luce situazioni conflittuali legate alla sfera sessuale, derivabili da una identificazione carente con la figura « femminile » o con il suo ruolo sociale, tanto da far ritenere che le difficoltà incontrate nel matrimonio fossero secondarie rispetto a conflittualità più remote e radicate nella struttura di personalità. Di qui si può trarre l'ipotesi che la donna etilista scelga l'alcool alla stregua di droga, come compensazione fittizia al suo fallimento esistenziale, inevitabile date le sue insufficienti risorse di adattamento.

La scelta dell'alcool potrebbe però offrire un significato psicodinamico più preciso: l'imitazione di un comportamento che la società etichetta come « maschile ». Sarebbe in questo caso una sorta di « protesta virile » (Adler, 1941; 1970), condotta scegliendo l'imitazione dell'uomo, almeno in una condotta patologica, vista l'incapacità di affermarsi in modo autonomo e paritario.

Nelle mie ricerche ho tratto dalla casistica una osservazione: sembra peculiare della alcoolista donna una sindrome depressiva che nell'uomo è sporadica, se non addirittura rara. Questo tratto sintomatologico così costante non può essere casuale; può trovare una spiegazione nella situazione esistenziale che il comportamento alcoolofilo scatena (riprovazione, emarginazione familiare e sociale a cui la donna va incontro), oppure può essere un fattore concomitante, derivato dallo stesso nucleo causale che porta alla alcoolofilia.

Una terza ipotesi potrebbe essere quella che il comportamento alcoolofilo sia esso stesso secondario alla depressione; che questa costituisca cioè il momento psicopatologico principale, se non addirittura primario.

Mediante il test T.A.T., utilizzato nella presente ricerca, ho voluto approfondire queste ipotesi alla ricerca di una più ampia spiegazione psicodinamica del sintomo « alcoolofilia » nella donna.

Attraverso il test ho inteso studiare nel dettaglio lo stile di vita, le mete, le compensazioni, le relazioni con gli altri, di un gruppo di donne dedite all'abuso di alcool e giunte, a causa di questo loro comportamento, alla mia osservazione. Dal punto di vista nosografico, i quadri morbosi da cui le pazienti sono affette sono inquadrabili come neurosi alcoolica o come etilismo cronico.

Di ogni soggetto fornisco qualche dato anamnestico e la interpretazione del test.

Caso 1°

Anni 31. Condizione sociale borghese, figlia unica di genitori in disaccordo. Madre iperprotettiva, Coniugata e separata. Impiegata. Beve da circa due anni, dai primi dissapori col marito.

Al TAT si osserva in varie tavole la proiezione di vissuti di inferiorità e scoraggiamento, che il soggetto non riesce a superare, ma compensa attraverso l'evasione nella fantasia. Le difficoltà sembrano insormontabili, tanto da non essere mai affrontate direttamente, ma solo fuggite. La discrepanza tra la realtà rappresentata da tristezze, lutti, aggressioni (tavole 2, 5, 18) e la fantasia (ideali di amore e felicità, tavole 10, 16) appare incolumabile. L'uomo può in qualche caso realizzare un futuro migliore (tavole 13, 20); per la donna la sorte è negativa (12, 13 F) o affidata al volere dell'uomo (tavola 8). La solitudine (tavola 14) o la morte sembrano segnare il destino della donna, che solo così riesce a ritrovare considerazione da parte dell'uomo (tavola 13 MF) quando la relazione interpersonale fallita diventa rimpianto.

Caso 2°

Anni 26. Ultima di 5 figli; ambiente socio-culturale carente. Padre etilista, madre ansiosa, inadeguata; coniugata e separata. Operaia. Ha iniziato a bere a 18 anni, all'epoca del matrimonio.

Al TAT si osserva una ambivalenza fra la paura e la spinta più positiva verso il futuro. Alcuni personaggi sono vincenti (tavole 1, 2, 8) o hanno raggiunto la serenità (tavola 5). Altre volte il futuro appare angosciante (tavola 16). I rapporti interpersonali sono desiderati (tavola 10) ma difficili perché l'altro, uomo o donna, è sempre aggressivo (tavole 4, 9, 12, 18). Il timore della solitudine (tavola 14) porta talora a sottomettersi (tavole 4, 12 F), rinunciando ad una affermazione paritaria. Anche in questo caso, l'apprezzamento da parte dell'uomo si raggiunge solo attraverso il rimpianto dopo la morte (tavola 13 MF).

Caso 3°

Anni 33. Ultimogenita di 3 figli. Famiglia di contadini. Madre rigida, padre affettivo, protettivo. Prima del matrimonio ha lavorato. Dopo ha smesso. Ordinatissima in casa, fino alla pignoleria.

Al TAT il soggetto esprime dei desideri di evasione, rispetto alla propria condizione, vede le donne per lo più frustrate, in un caso (tavole 1, 16) vede una realizzazione femminile: nel ruolo di donna di casa efficiente («soddisfatta perché la casa è in ordine»). Nei rapporti con gli altri, la donna è vittima, incompresa, inappagata, conflittualizzata (tavole 3, 6, 7, 9, 18). I personaggi maschili sono stenici, vittoriosi con durezza. La tensione verso un rapporto ideale di comprensione tra uomo e donna (tavola 10) resta inappagata. La donna conquisterà affetto e considerazione solo a prezzo della morte (tavole 13 MF, 15).

Sembra di cogliere nel test la tendenza ad una deresponsabilizzazione attraverso la malattia (tavole 6, 8), la morte (13, 15) anche volontaria (« suicidio » alla 14) che viene usato forse anche come mezzo per aggredire gli altri, dai quali il soggetto si sente incompreso.

Le istanze rivendicative conducono il soggetto verso uno stile di vita patologico nel quale la malattia e la morte stessa sono prospettate come mezzo di affermazione di sé e di dominio sull'ambiente.

Caso 4°

Anni 33. Di famiglia operaia. Coniugata. Vari episodi depressivi neurotici dall'epoca del matrimonio. Da circa 5 anni è casalinga (prima era operaia) ed ha iniziato a bere qualche bicchiere di vino al dì. Da due anni (dopo la nascita della seconda figlia) si sente più depressa, ansiosa, reattiva col marito ed ha aumentato l'assunzione di alcoolici.

Al TAT emerge una evidente passività del soggetto, che nei confronti delle difficoltà si ritira su uno sterile astensionismo (tavole 1, 2, 7) o sul rimpianto del passato (tavola 8). In un unico caso (tavola 5) la donna riesce a realizzarsi (« contenta perché la casa è in ordine »), altrimenti i rapporti col mondo esterno sono improntati al pessimismo, alla sconfitta. La donna è rifiutata nel suo desiderio di affetto (tavole 3, 4) verso l'uomo. Gli altri sono pronti alla aggressione (tavole 18, 20) più che alla comprensione, che verrà accordata anche in questo caso solo dopo la morte della donna (tavola 13 MF). Altre volte emergono propositi di morte (tavola 15, suicidio alla 17), verosimilmente ancora utilizzata come mezzo di affermazione e di dominio (alla 17 la donna muore quasi per sbaglio perché « nessuno interviene »).

Caso 5°

Anni 28. Figlia unica, famiglia piccolo-borghese. Genitori iperprotettivi con invadenza. Maestra elementare. Beve furtivamente dall'età di 12 anni, sembra, almeno inizialmente, con la motivazione consapevole di « fare qualcosa di proibito ». Coniugata, a suo dire con buon accordo, da 5 anni, ha un figlio.

Al TAT si notano scarse tendenze verso l'affermazione positiva (tavola 1) che in questo caso può essere ottenuta solo attraverso la ribellione; gli altri (particolarmente nel ruolo di genitori) sono visti come prevaricanti (tavole 7, 12 F). Ne consegue anche che l'identificazione del soggetto è, in relazione alla situazione esistenziale, assai immatura (addirittura in bambini nelle tavole 7 e 13 B). La spinta alla ribellione della tavola 1 rimane però isolata, perché nelle altre tavole prevale una posizione di astensionismo e di passività assai accentuata; la donna ha paura della libertà (tavola II), cerca appoggio (tavola III), si rifugia nel ricordo del passato (tavola 8). La tendenza regressiva e passiva viene portata alle estreme conseguenze: l'idea del suicidio (tavola 14), del lasciarsi morire

(tavola 15) è rinforzata da sensi di colpa (tavola 13 MF) che il soggetto vive nei confronti dell'uomo (anche tavola 4). L'uomo e la donna non trovano, per il soggetto, mai un punto di incontro, ogni rapporto sembra rifiutato e non rimane speranza in un futuro che è solitudine (tavola (20), o sconfitta (tavola 19) o morte.

Caso 6°

Anni 36. Famiglia di modeste condizioni socio-economiche. Coniugata da 12 anni, ha due figli.

Beve forti quantità di alcoolici da circa 8 anni, dopo che ha subito un grosso dispiacere, per estese ustioni contratte dal figlio minore. Manifesta depressione dell'umore, che l'ha portata anche ad alcuni tentativi di suicidio per avvelenamento da psicofarmaci.

Al TAT emergono evidenti dei sensi di inferiorità (tavola 1) e di scoraggiamento (tavola 13 B). Il desiderio di rapporto interpersonale (tavole 4, 6, 16) rimane spesso frustrato per l'aggressività degli altri (tavole 12, 18) o per la propria inadeguatezza (tavola 16), colpevole (tavola 13 MF). A confronto di un ideale di amore (tavola 10) la realtà presenta una solitudine dolorosa (tavola 20) e inaspettata (tavola 5). Ecco quindi la paura del futuro (tavola 9), l'incapacità di prevederlo e la scelta della morte (suicidio alle tavole 14, 17) come unico futuro possibile.

CONSIDERAZIONI

L'esame dei T.A.T. del campione risulta ricco di spunti. Essendo il numero dei casi ridotto non si possono ovviamente trarre delle conclusioni troppo frettolose, ma è possibile forse formulare ipotesi circa talune modalità dello stile di vita. Non solo, ma sembra possibile avanzare qualche ipotesi di ordine psicopatologico sul comportamento tossicofilo stesso.

Mentre la struttura di personalità, come è descritta (si rimanda alla introduzione), sia in base all'osservazione clinica sia al test di Rorschach, risulta non uniforme, i T.A.T. delle pazienti presentano delle analogie evidenti.

L'atteggiamento verso la vita è univocamente poco stenico: pochissime le storie a lieto fine, del tutto sporadiche, mentre la prevalenza delle situazioni esita in conclusioni pessimistiche; l'astensionismo, la passività, il rifugio nella fantasia, il ripiegamento sul passato, rappresentano tutte modalità per sfuggire ad un impegno che pare vano o addirittura temibile. Lo scoraggiamento, il senso di inferiorità, caratterizzano il vissuto delle protagoniste, donne che non riescono ad imporre la loro volontà, i loro desideri. Ma questi stessi appaiono poveri, carenti di contenuti creativi: unica soddisfazione, per qualcuna, è l'ordine nella casa, che diventa l'unico elemento di riuscita e di realizzazione, forse anche come valore simbolico di sicurezza e rifugio. Ma anche questa aspirazione viene in genere accom-

pagnata da un senso di frustrazione: la casa è rifugio ma è vuota, una desolata solitudine è spesso l'unica compagna.

Il rapporto con gli altri si rivela infatti in tutti i casi fortemente carente: desiderato (tavola 10), anche ricercato (tavole 4, 6), non viene realizzato per l'incapacità di sentirsi alla pari: la donna è spesso rifiutata da un uomo prepotente, distante. La propria inferiorità porta a considerare l'altro come aggressivo. Non sentendosi alla pari, la donna etilista sembra porsi in continua competizione, sia nel rapporto con l'uomo, sia a confronto con le altre donne (tavole 9, 12 F) e la competizione si risolve sempre a suo svantaggio: gli altri sono aggressivi con lei e lei soccombe. Talora si addossa la colpa della propria sconfitta.

Si potrebbe ipotizzare che i frequenti sensi di colpa rappresentino l'aggressività rimossa, quella aggressività che altre volte è proiettata sulla figura d'altri.

È verosimile che uno dei nodi conflittuali più importanti sia proprio quello della aggressività non risolta: non è utilizzato con finalità positive, mancando ogni spinta ad una valida affermazione di sé, dalla creatività alla progettazione del futuro, all'impegno sociale; alla donna etilista restano, quali meccanismi di difesa, la proiezione (aggressività degli altri contro di lei), la rimozione (sensi di colpa), o ancora la trasformazione in aggressività contro se stessa: quest'ultima modalità sembra costituire uno degli aspetti più clamorosi dei protocolli esaminati. La morte passivamente accettata o deliberatamente scelta (suicidio) è la frequente conclusione di molte storie, è un tema ricorrente in tutti i protocolli. La morte come conclusione pessimistica in una vita priva di soddisfazioni, ma anche la morte come espiazione, e ancora la morte come unica affermazione possibile di sé (molte risp. « suicidio » alle tavole 14, 15, 16, 17), unica scelta attiva, che ristabilisce dignità alla propria persona. Infatti le protagoniste delle storie sembrano trovare dopo morte quel rimpianto e quell'affetto degli altri che prima vanamente hanno inseguito (situazione esemplificata soprattutto alla tavola 13 MF). Sul significato del suicidio, scelta di morte o tentativo di dimostrare un bisogno di aiuto, si può discutere: sembrano coesistere, a seconda delle tavole, entrambe le istanze nello stesso soggetto. L'ambivalenza fra il desiderio di una migliore qualità dell'esistenza e l'autodistruzione per l'incapacità a realizzarsi positivamente, sembra caratterizzare dunque a livello profondo la tematica conflittuale dei soggetti esaminati. Questa tematica ben si manifesta a livello fenomenico nel comportamento alcoolofilo: la donna sembra essere consapevole che l'alcool significa per lei emarginazione sociale e distruzione fisica, quindi riassume e aggrava la sconfitta esistenziale. Più che per l'uomo, nei confronti del quale la società è assai più permissiva in proposito, per la donna l'alcool significa riprovazione, condanna. Nello stesso tempo l'alcool per lei non è abitudine, non è iniziazione nel gruppo, ma scelta solitaria di un comportamento fin dall'inizio dichiaratamente e consapevolmente patologico.

Nella scelta dell'alcool interviene ovviamente il momento occasionale costituito dal fatto di essere la droga più facilmente disponibile e raggiun-

gibile. Ma rimane il fatto che il significato dell'alcoolismo nella donna è probabilmente sovradeterminato da molteplici fattori: l'alcool può essere il sostituto di un rapporto interpersonale, in quanto riempie sul piano fantastico il vuoto lasciato dalla difficoltà di comunicazione con altri; può essere il mezzo per attuare una « protesta virile » da parte di chi si sente incapace di una realizzazione autonoma e vive nei confronti dell'uomo una inferiorità che non sa altrimenti colmare (in questo senso mi sono espressa nello studio già citato, in collaborazione con Fagiani).

Dal T.A.T. sembrano emergere ulteriori significati: l'aggressività che il soggetto non riesce a utilizzare a fini positivi si è trasformata in colpa e spinta autodistruttiva.

L'alcool può rappresentare il mezzo e l'alcoolismo l'aspetto fenomenico di uno stile di vita neurotico. Da questa neurosi, il cui sintomo fondamentale rimane la depressione, il soggetto ha particolarmente scarsi mezzi di ripresa: non risorse creative, non progetti, non adattamenti affettivi e sociali. L'alcool è diventato l'unico strumento per realizzare la propria « volontà di potenza », sia pure solo volontà di autodistruzione e di riottenere, attraverso questa, una estrema affermazione di sé.

CONCLUSIONI

Mi rendo conto che il quadro che ho tracciato attraverso l'esame dei T.A.T. del mio campione risulta assai sconcertante: del resto l'esperienza clinica delle difficoltà che si incontrano nel curare le donne-etiliste sembra confermare indirettamente questi risultati. Approfondire il significato psicodinamico del sintomo porta però a possedere strumenti di intervento sempre più adeguati in un tipo di patologia che richiede una azione non tanto riabilitatrice quanto preventiva: il carente adattamento personale e sociale rimane infatti il « primum movens » su un terreno forse predisposto o favorito da fortuite facilitazioni ambientali verso questo tipo di sindrome. Il senso di inferiorità e il bisogno neurotico di emulare l'uomo possono far imboccare alla donna disadattata anche questa strada patologica, questo stile di vita che paradossalmente porta all'autodistruzione come unica scelta possibile di affermazione di sé.

BIBLIOGRAFIA

- ADLER A.: Prassi e teoria della psicologia individuale - Newton Compton It., Roma, 1970, trad. Cervini-Di Piazza.
- ADLER A.: The individual psychology of the alcoholic patient - J. Crim. Psychopat., 3, 74, 1941.
- ALEXANDER JR. C.N., CAMPBELL E.: Peer influences on adolescent drinking - Quart. J. Stud. Alcoh., 28, 444, 1967.
- ANTONELLO R., BEZOARI M., FIAMMINGHI A.M.: Sui rapporti tra stereotipo culturale femminile e disagio psichico della donna - Rass. Studi Psich., XLVIII, 523, 1979.
- BADANO P., GAVAZZI F.: Aspetti dell'alcoolismo e suoi avanzati approcci terapeutici - Neuropsichiatria XXXIV, 213, 1978.
- BISIO B.: L'alcoolismo femminile, dagli Atti del Simposio « L'alcoolismo e il medico pratico » - Udine, 1969. Incontri med. chirurg., 5°, V.
- BUYTENDIJK F.: La donna - Martinelli ed., Firenze, 1967. Trad. di M. Lamico.
- CARLETTI G.: Considerazioni sull'età di inizio dell'alcoolismo. Da Atti del Simposio « L'Alcoolismo e il medico pratico » - Udine, 1969. Incontri med. chirurg., 5°, V.
- COLUCCI D'AMATO F.: Considerazioni su alcuni fattori ambientali nell'alcoolismo infantile - L'Osp. Psichiatr., 3, 433, 1968.
- FAGIANI M.B., RAVIZZA C.: Il test di Rorschach negli etilisti - Neuropsichiatria, XXIV, 741, 1968.
- FAGIANI M.B., MAROCCO, MUTTINI C.: L'alcoolismo femminile. Studio psicologico clinico. In pubblicazione su Rassegna di Studi Psichiatrici 1981.
- FILIPPINI V.: Il bambino di fronte all'alcool - Ann. Fren. Sc. Aff., 81, 133, 1968.
- FOUQUET P.: Névroses alcooliques - Enc. Méd. Chir., II, 37.380, 1955.
- FREUD A.: L'io e i meccanismi di difesa - Martinelli ed., Firenze, 1967. Trad. L. Zeller Tolentino.
- FRIGHI L.: Appunti di igiene mentale - Rizzoli, Milano, 1971.
- GALLINO L.: Dizionario di Sociologia - UTET, Torino, 1978.
- GARELLO L., ROSADINI: Il problema dell'alcoolismo acuto nell'esperienza di pronto soccorso - Minerva Medica, 59, 104, 5919, 1968.
- KARPMAN B.: The alcoholic woman - Lieacre Press, Washington, 1951.
- LEMERE F.: What causes Alcoholism - J. of Clinic and Exper. Psychopathol., 17, 2, 1956.
- LEMERE F.: Sex ratio of alcoholic patients treated over a 20-year period - Quart. J. Stud. Alcohol., 17, 437, 1956.
- MADEDDU A.: Problemi psichiatrici: considerazioni statistico-cliniche e derivazioni terapeutiche per il medico pratico. Dagli Atti del Simposio « L'alcoolismo e il medico pratico », Udine, 1969. Incontri med. chirurg., 5°, V.
- MAROCCO MUTTINI C.: Contributo allo studio dell'incidenza dell'alcoolismo - Minerva Psichiatr. e Psicol., vol. 16, 142, 1975.

- MAROCCHIO MUTTINI C.: Depressione in alcune femministe come stile di vita nel conflitto irrisolto tra protesta virile e bisogno di dipendenza - *Rassegna di Studi Psichiatri.*, vol. LXVIII, 749, 1979.
- MOSCOVICI M.: Le changement en milieu rural et le rôle des femmes - *Rev. franç. de Sociol.*, 1, 3, 1960.
- ROSADINI N., RIZZOLA N.: Determinanti familiari e sociali dell'alcoolismo femminile - *Neuropsichiatria*, XXX, 71, 1974.
- SOLMS W.: Alkoholismus bei Frauen. Vortrag vierter Sommerkurs zum wissenschaftlichen Studium der Verhütung des Alkoholismus. *Gent.* 1958, cit. da Rizzola e Rosadini.
- TORRE M.: *Psichiatria* - UTET, 1969, Torino.
- TORRE M., TORRE E.: Alcoolista: perché? Saggio di analisi esistenziale - *Rassegna di Studi Psichiatri.* Vol. LXIII, 259-271, 1974.

ANTONIA NICO

DROGA IN CASERMA

Dal mese di aprile del corrente anno lavoro in qualità di psicologa presso il Servizio di prevenzione, cura e riabilitazione degli stati di tossicodipendenza dell'ULS 36 della Regione Piemonte

Non esistendo prima nell'ambito territoriale dell'ULS altro siffatto servizio sia io che gli altri operatori (tutti provenienti dai servizi psichiatrici di base dell'ULS) privi di esperienza specifica iniziamo, come previsto dalle norme di attuazione della legislazione regionale, un periodo formativo presso i centri già presenti in Torino.

Durante tale periodo « in primis » cercammo di raccogliere e selezionare le fonti della letteratura, ed in tale ambito di ricerca un nostro collega, il quale aveva terminato da non molto tempo il servizio militare di leva, prestato in qualità di ufficiale medico di complemento, ci fece rilevare la scarsa e rarefatta documentazione relativa al problema della droga in caserma.

Questa osservazione fu causa delle riflessioni che qui di seguito propongo.

Il fatto che il servizio militare di leva costituisca un'esperienza interessante il 60% circa della popolazione maschile per il non breve periodo di un anno, ed accolga il destinatario dell'obbligo ad una età prossima a quella in cui ancora avviene con frequenza la prima assunzione di sostanze psicotrope, mi parve elemento stimolante ad un approfondimento delle problematiche della tossicomania all'interno dei confini della Istituzione militare; ed in questo con il confronto della considerazione che le caratteristiche dell'Istituzione sono sì affatto peculiari ma unicamente per il risvolto quantitativo, poiché qualitativamente sono riscontrabili nelle forme di espressione della Società civile: trattasi cioè di caratteristiche che ricevono entro e da l'Istituzione esasperata radicalizzazione.

Stimai lecito argomentare che, alla luce di siffatta peculiarità dell'Istituzione, all'interno di questa, talune problematiche della tossicomania si potessero rilevare con nitidezza insolita.

DIFFUSIONE DEI FENOMENI DI TOSSICOMANIA ENTRO L'ISTITUZIONE MILITARE

Dall'inizio degli anni '70 il fenomeno delle tossicomanie ha conosciuto una accelerazione di crescita tale da trasformarsi da problema indi-

viduale di singoli a problema avvolgente la società tutta.

Sulla diffusione entro l'Istituzione militare, Servizi e Ministero competente sono restii a rendere noti dati statistici.

« Oggi sebbene gli accertamenti abbiano dovuto adeguarsi alla gravità della situazione, i dati che esso (il Ministero) fornisce al pubblico sono ancora fortemente sottodimensionati ».

(Sapere, aprile '80, C. Canal - M. Giammaria - T. Maranesi)

Sul perché di quanto sopra tornerò più avanti; ora sottolineo come questa elusione comporti un grave nocumento al Servizio Sanitario Nazionale.

Nondimeno dagli scarni dati ufficiali si evidenzia un « trend » in decisa ascesa degli invii in Ospedale militare con la motivazione « tossicomanie ».

Invii in O.M. ai sensi dell'art. 28/B E.I.I.

1972	1973	1974	1975	1976	1977	1978
9	8	3	6	45	40	96

Dal momento che le modalità di selezione del militare di leva (articolate nella « visita di leva », in quella eventuale di « prechiamata » ed in quella di « incorporamento ») comportano per il soggetto che si dichiara o venga riscontrato tossicomane l'invio in osservazione in O.M. e la conseguente riforma ai sensi dell'art. 28/B dell'E.I.I. (elenco imperfezioni ed infermità) mi pare che dalla lettura della tabella soprariportata si ricavi il dato preoccupante che un elevato numero di soggetti inizi o riprenda l'assunzione di droga durante il servizio militare di leva.

QUALE AMBIENTE OGGI ACCOGLIE IL MILITARE DI LEVA?

È la domanda a cui rispondere per l'avvio di una analisi della diffusione della tossicomania in caserma.

Il mito dell'esercito come momento formativo e terapeutico nella vita dell'individuo è immagine consolidata nel tempo e largamente diffusa. Alle radici del mito troviamo precisi riscontri storici: la ricerca da parte dell'istituzione del fine suo proprio ha comportato degli effetti secondari socialmente rilevanti e benefici, quali l'aggregazione di giovani delle più diverse provenienze, la dispensa di istruzione professionale, la diffusione di profilassi ed ancora altro.

Quando però queste funzioni surrogate cessano perché storicamente superate dalla realtà dell'evoluzione sociale, l'Istituzione si rivela chiusa ed immobile, incapace di rapportarsi dialetticamente con la società civile.

Percorriamo il cammino comune ad ogni recluta: giunge in caserma avendo già subito una repentina « *deminutio* » del tenore di vita precedente (pensiamo solamente alla perdita dell'eventuale lavoro da poco tempo acquisito ed alla conseguente regressione alla dipendenza economica) e qui ha un primo brutale impatto con il vitto della mensa, con la camerata e la promiscuità coatta, con i servizi igienici. Intanto l'Istituzione procede ad un sommario e sbrigativo processo di depersonalizzazione sottoponendo la recluta ai « riti » della vestizione e del taglio dei capelli.

Non può destare meraviglia il fatto che la recluta sia pronta ad accettare, o meglio subire, la vita in caserma come detenzione ove si pensi alla continuazione dopo questo primo approccio, della vita militare entro i ritmi scanditi dall'Istituzione. La recluta, privata della propria soggettività, viene inquadrata alla base di una piramide gerarchicamente preconstituita, e sottoposta ad inchinarsi ad una miriade di norme e di divieti, ad uno stuolo di soggetti situati ad un livello gerarchico superiore ed investiti nei suoi confronti di autorità e del potere di dispensare premi o punizioni.

Il bilancio di questo « cammino », oltre a ribaltare la demagogia e la retorica del mito dell'esercito, ci induce ad osservare, ricollegandoci a quanto già premesso, che codeste situazioni del presente militare non si pongono in soluzione di continuità con il passato civile, costituiscono invece una radicalizzazione quantitativa di momenti analoghi.

CHI E PERCHÉ

« Il giovane che si droga è quasi sempre un individuo debole, emotivamente a livello infantile ».

(F. Parenti - P.L. Pagani. L'adolescente drogato come paziente di psicoterapia Riv. di P.I. anno 7 n° 11).

Nella fattispecie della caserma il « muro », il « superiore », simboli della reclusione e della repressione istituzionale, incombono sulla recluta con tutto il peso e l'ossessività immanenti ad uno spazio privo di alternative, ove il tempo personale è stato espropriato dall'Istituzione.

Riteniamo il fenomeno della droga assimilabile a quello dell'alcool: denominatore comune è la rincorsa ad una compensazione fittizia, la ricerca di quella « sostanza », di per se stessa disinibente e liberatoria, tale da consentire l'accesso a spazi altrimenti interdetti dal sentimento d'inferiorità.

In uno « stile di vita emarginato » la droga può così acquistare il valore di rifugio entro cui mediare le difficoltà, realizzarsi, sia pure a livello di finzione, nella propria volontà di potenza.

Dopo aver constatato che la vita di caserma può valere come stimolo a reazioni di compenso fondate sull'assunzione di droga, sorge spontaneo un interrogativo. Perché a livello delle precedenti generazioni, quando la repressività dell'ambiente militare era se mai maggiore, l'incidenza statistica della iniziazione alla droga nei militari di leva era irrilevante?

La risposta, anzi le risposte, possono essere trovate in una variazione del contesto sociale. Prima di tutto allora l'operazione di spaccio della droga su larga scala non era ancora iniziata e mancavano quindi gli stimoli dell'ambiente atti a indurre genericamente il fenomeno.

La permissività dell'ambiente familiare e scolastico è inoltre aumentata negli ultimi anni.

I nuovi individui che accedono alla caserma non sono quindi condizionati da precedenti forme di autoritarismo e perciò più traumatizzabili da questo e pronti ad impostare reazioni abnormi.

LA REAZIONE DELL'ISTITUZIONE

Pare evidente che, rappresentando la « caserma » un coarcervo di meccanismi impositivi e repressivi omogenei a quelli della società civile ma espressi in forma intensiva ed avvolgente, il tentativo di accostamento al problema « droga » nel senso di qualificarlo razionalmente, privandolo delle componenti di emotività e di reminiscenza stereotipa, proceda assai lentamente. Basta pensare alla reticenza ed alla resistenza nella divulgazione di statistiche e dati clinici, motivate esclusivamente dal timore di poter scalfire il mito dell'esercito.

DA CHI, COME, DOVE VIENE CURATA LA RECLUTA CHE PRESENTI UN QUADRO DI TOSSICOMANIA?

Da chi: la struttura del personale sanitario militare è costituita dall'ufficiale medico di carriera, dall'ufficiale medico di complemento e dal personale infermieristico.

Ufficiale medico di complemento è il medico che ha frequentato la scuola di Sanità Militare (70 giorni di corso). Durante tale corso viene dedicato un ristrettissimo spazio alla tossicomania, nell'ambito emblematico della medicina legale, ove dopo la necessaria nozionistica si parla del problema nella società civile senza penetrare nel perimetro della caserma ove l'Ufficiale medico svolgerà le proprie mansioni.

Dove e come: isolato in infermeria, appena espletate le formalità varie, tra cui ha rilievo, in palese contrasto con la normativa vigente, l'autodenuncia, il militare viene inviato in O.M. con la motivazione in « osservazione », significativa ad evidenziare la posizione della Istituzione sul merito del problema droga.

In O.M. la recluta viene sottoposta a visita psichiatrica e ad eventuali esami atti all'accertamento della presenza di sostanze psicotrope, quindi inviata in convalescenza per 40 giorni circa, in attesa di accertamenti commissionati ai carabinieri e al N.I.A.D.; quindi ritornerà per la seconda visita, ove sarà riconosciuto tossicomane e riformato ai sensi dell'art. 28/B dell'E.I.I., ovvero non riconosciuto tale e rimandato al corpo.

Il militare, relativamente alla prima ipotesi, può essere soggetto a sanzioni penali legate alla « procurata infermità », qualora venga accertato che l'assunzione di droga sia stata successivamente all'incorporamento; relativamente alla seconda ipotesi subirà invece le sanzioni penali comminate per « simulazione di infermità ».

Da questo iter del tossicomane in caserma è deducibile in modo netto la posizione dell'Istituzione: essa rifiuta il problema e traduce il rifiuto in un attestamento fiscale di selezione ed espulsione, senza concessione alcuna a spazi di intervento, recupero e riabilitazione.

PREVENZIONE

Considerato che il servizio di leva è svolto ad una età che coincide quasi con quella con cui ancora avviene con frequenza la prima assunzione di droga, penso che l'informazione costituisca il momento centrale e comunque « *conditio sine qua non* » per la formulazione di qualsiasi ipotesi di prevenzione. Abbiamo visto tuttavia come l'Istituzione, saldamente ancorata a vuoti fiscalismi, a stereotipi, ponga insormontabili resistenze ad adeguarsi ad una corretta informativa. (La stessa informazione dovuta ai sensi dell'art. 89 della legge 22 - 12 - 1975, n° 685, pare applicata solo sul piano di un rispetto formale alla lettera del legislatore).

Riteniamo così che, vista l'impossibilità di sanare nel breve o medio termine la divaricazione tra società civile ed Istituzione militare, sia indispensabile un intervento legislativo che permetta alla società civile di farsi carico delle elusioni della sanità militare.

A sostegno della centralità dell'informazione nella prevenzione mi pare sufficiente considerare che « l'inguaribilità del drogato », pregiudizio ben radicato nell'Istituzione, che seleziona ed espelle il tossicomane, sia un grave ostacolo all'approccio del soggetto, al tentativo di recupero, così come la sostanziale mistificazione sugli effetti della « canabis », ben radicata nella opinione pubblica, una volta riportata nella Istituzione perda anche l'aspetto positivo di deterrente, sortendo invece l'effetto pericoloso di poter indurre l'assuntore di tale sostanza al rifugio nella subcultura della droga e a pensare che la società grida « al lupo » onde evitargli l'accostamento al piacere.

IPOTESI DI RECUPERO E SOSTEGNO

La posizione attuale dell'Istituzione sul problema delle tossicomanie non concede spazi per interventi di recupero e sostegno.

Noi ci uniamo a coloro che auspicano un intervento del legislatore che permetta in tempi brevi di ribaltare la situazione attuale e sfruttare positivamente il retroterra sociale benefico dell'Istituzione convogliando le ipotesi di intervento attivo verso le strutture civili, oggi in « fieri ».

In quanto adleriani noi siamo sollecitati dal « sentimento sociale » al più gran fervore nell'impegno di recupero e siamo consenzienti alla « ratio » ispiratrice della legge n° 685 del 22 - 12 - 1975 onde poter pervenire in un contesto di reinserimento sociale del tossicomane, ad un sostegno nella « classica linea di recupero adleriana: dimostrare con pazienza all'analizzato che le sue compensazioni sono improduttive e fittizie, avviandolo con gradualità verso un'autonomia almeno parziale ».

(F. Parenti - P.L. Pagani, L'adolescente drogato come paziente di psicoterapia. Rivista di P.I. n° 11, settembre 1979).

ENRICA BERINGHELI

I BAMBINI E LA TELEVISIONE.

PRIMI RISULTATI DI UNA RICERCA

PSICO-SOCIOLOGICA IN CHIAVE ADLERIANA

La ricerca qui illustrata è stata condotta nella zona di Lecco da una équipe composta dall'Autrice, psicologa, da Guido Agostoni anch'egli psicologo e da Maria Grazia Trevisan, infermiera professionale del Servizio di Medicina Scolastica.

È nata da specifiche richieste dei genitori e si è concretata nella presentazione di due questionari, uno dei quali rivolto a bambini dai sette agli undici anni, l'altro indirizzato ai loro genitori.

I questionari, che compaiono in appendice al testo della comunicazione, sono stati formulati in modo che diverse domande avessero funzione di controllo interno e servissero quindi da conferma ad altri dati.

Ecco alcuni tra i più significativi risultati dell'indagine sui bambini:

a) in base alla crescita appare una maggiore capacità di selezione autonoma dei programmi televisivi, si nota una maggiore diversificazione tra l'uso della televisione come passatempo e come strumento didattico nei bambini al disopra dei dieci anni.

Nei bambini più piccoli l'accettazione degli stimoli televisivi come fatto favorevole, senza l'attribuzione ad essi di un preciso ruolo, è ancora inquadabile in una fase di scoperta del mondo.

Nell'ottica adleriana possiamo così constatare che essi vivono ancora il fisiologico senso di inferiorità infantile e accolgono, senza troppe richieste di autonomia, ogni elemento che li avvii gradualmente ad una superiorità guidata dall'adulto.

Nei bambini più grandi per contro sembra essersi strutturato un legame con la televisione più autonomo e per certi aspetti anche polemico verso le richieste sistematizzate degli adulti.

Inserire la televisione nella scuola significherebbe togliere a questa la funzione di supporto sulla via di una specie di dichiarazione di indipendenza. Qui dunque il sentimento di inferiorità sembra compensarsi con un'impronta differenziatrice e un poco venata, appunto, di polemica.

La nostra ricerca ha dunque aggiunto, a quanto rilevato, altri dati che potrebbero apparire contraddittori. Nei bambini più grandi vi sono anche maggiori richieste di conversazione sui programmi con i genitori. Sempre i bambini più grandi preferiscono giocare anziché guardare la televisione.

Il primo rilievo dimostra che la dichiarazione polemica pre-adolescenziale non è ovviamente drastica, ma ambivalente sia con necessità di rassicurazione da parte dei genitori, sia con un bisogno di confrontarsi con essi in una palestra di opinioni inquadrabile nel classico binomio odio-amore.

Il secondo rilievo, ossia la preferenza assegnata spesso al giuoco sulla televisione, attenua certo i sospetti forse ossessivi che attribuiscono alla televisione ruolo di plagio all'ossessività addirittura monopolizzatore.

Questa valutazione si riferisce alla modalità di comportamento che statisticamente prevale. È possibile però osservare una minore ma non trascurabile percentuale di casi in cui il bambino è in effetti monopolizzato dalla fascinazione televisiva e subordina ad essa ogni altra fonte di suggestione.

Un'indagine più approfondita e personalizzata dimostra che ciò accade soprattutto nei soggetti che presentano segni di un complesso di inferiorità riguardante l'inserimento interpersonale.

L'identificazione con l'eroe televisivo assume allora chiaramente il valore di una compensazione fantasmatica degli insuccessi maturati sul piano della realtà. In alcuni bambini sono possibili avvertimenti ancora più selettivi e di grande interesse psico-sociologico. Diversi bambini con la « sindrome dell'escluso », quando raccontano con entusiasmo le vicende del loro eroe preferito o i progetti di imitarlo, insistono in particolare sui fantascientifici strumenti che sono parte determinante della forza dell'eroe. Ciò significa che, anche nel campo apparentemente meno pericoloso della fantasia, l'insicurezza di fondo continua ad avanzare le sue richieste ed è neutralizzabile solo con un supporto esterno tratto dallo spirito tecnologico del nostro tempo, esasperato dall'invenzione futurologica.

b) Compaiono con maggior frequenza, nei bambini più piccoli, sogni che ripropongono personaggi e avventure dei programmi televisivi e si nota una più alta comparsa di sogni a contenuto fobico.

Non ci sentiamo di accettare come sicuramente attendibile questo dato, poiché è sorta in noi un'ipotesi che ne attenua il valore: è possibile che il bambino di questa età equivochi sul termine sogno, inquadrando come tale anche l'elaborazione fantastica cosciente dei sogni ad occhi aperti. Esiste infatti un altro dato che sorregge quest'ipotesi: gli stessi bambini hanno raccontato di giocare spesso ai personaggi televisivi.

La stessa riuscita dell'operazione commerciale giapponese è dimostrata del seguente dato dell'inchiesta: il 90% degli allievi intervistati, sia maschi che femmine, ha dichiarato di gradire appunto i cartoni animati nipponici.

L'approfondimento di un'indagine mirata e discriminata sui due sessi ha offerto qualche dato di interesse psico-sociologico. Quasi la totalità delle bambine ha dichiarato di non gradire i filmati di tipo « robot-fantascientifico-bellicoso ». La loro preferenza andava invece alle storie sentimentali-romantiche che avevano per protagoniste ragazzine. Tutto ciò,

per lo meno a livello del campione esaminato, mostra una persistenza delle finalità di valorizzazione lungo linee femminili e quindi una scarsa sensibilità alla protesta virile come bandiera.

La fase di transizione in cui si trova la società è apparsa invece paradossalmente nel sesso maschile: quasi tutti i bambini consultati hanno mostrato di gradire tanto le storie del primo tipo quanto quelle del secondo.

Il maschio pre-adolescente, sempre nel campione preso in esame, è apparso in preda ad una ambivalenza: ha rivelato cioè un ripiegamento verso un romanticismo d'impronta femminile, secondo la tradizione, ma anche insieme il caparbio aggrapparsi alle immagini reali della virilità armata.

I riflessi del femminismo, insomma, sono apparsi con luci più nitide proprio nel sesso maschile.

Passiamo ora ad esaminare la situazione al di fuori dell'obiettivo bambini, ma nella ristretta cerchia ambientale. Come reagiscono i genitori al fenomeno della pressione televisiva sui loro figli?

Le risposte a quanto abbiamo chiesto dimostrano nei genitori una certa ambivalenza. Essi, in percentuale cospicua, si dimostrano preoccupati per due conseguenze.

La prima, quella più pubblicizzata anche in dibattiti che hanno avuto eco nei mass-media, riguarda il contenuto violento dei fumetti eroico-fantascientifici e il possibile plagio all'aggressività disarmonica che questi potrebbero esercitare.

La seconda conseguenza temuta è connessa all'eccesso di tempo che il bambino trascorre davanti al televisore, che sottrae spazi allo studio e al gioco. La preoccupazione per lo studio era scontata, quella per il gioco ci ha in un certo senso confortato poiché riflette un'attenzione più ampia allo stile di vita dei figli con tutte le sue implicazioni: creatività, fantasia, rapporti sociali, ecc..

L'ambivalenza delle madri e dei padri interrogati (non a caso la parola madre è citata prima: ciò riflette un maggior coinvolgimento) ha preso corpo nelle trasparenze o nelle confessioni dirette che assegnavano alla televisione il ruolo di baby-sitter tecnologica; il bambino che sta di fronte alla televisione — dicevano o lasciavano intendere di pensare i genitori — non disturba, non combina guai, non lascia il dubbio di trovarsi in situazioni di pericolo o comunque lontano da casa.

È bene precisare che non presentiamo l'ambivalenza di cui sopra gridando allo scandalo. Essa riflette preoccupazioni e vacanze dell'ansia che gli individui padre e madre non possono non avere: correrebbero altrimenti il rischio di assomigliare ai tanto condannati robot della televisione.

Le carenze di colloquio che si registrano nelle famiglie di oggi hanno presupposti più vasti e non semplicistici, connessi a perdite di ruolo dei modelli adulti, seguite da scoraggiamento o da difesa squilibrata, a stimoli esterni di ogni genere, al prevalere dell'immagine sulla parola in tutta la nostra cultura, non solo in questo settore.

Vorremmo concludere con una valutazione generale che non sia drastica e saccente, ma che non comporti neppure una fuga dall'impegno formativo. A livello degli operatori gli elementi di maggior preoccupazione destati dalla fascinazione televisiva sono così riassumibili e così realizzabili:

1) Il plagio alla violenza.

Il rischio certo sussiste, ma nella fattispecie è largamente attenuato dalla componente fantastica, « aliena » dalla realtà degli spettacoli e dalla configurazione dell'aggressività vincitrice come difensiva e diretta a proteggere alcuni valori etici.

Gli stimoli alla violenza che oggi premono sul bambino e in seguito ancora sull'adolescente sono purtroppo più corposi, sanguigni, facilmente imitabili perché inseriti nel reale (F. Parenti - « Assieme per uccidere » - Armando - Roma - 1978)

2) Possibile contagio di tipo fobico-ossessivo.

Per quanto riguarda le fobie il rischio nasce, a nostro parere, più dal filone « strappa-lacrime » che da quello avventuroso. Ai piccoli eroi delle storie il futuro appare gravido di possibilità negative inquadrabili anche nella realtà: malattie, morte dei genitori, crudeltà e ingiustizie di settori dell'ambiente.

Forse la risposta di coinvolgimento in entrambi i sessi è collegabile ad una proiezione di una tendenza infantile ad autocommiserarsi e della sensibilità infantile a ciò che è ingiusto. Ne possono derivare piani di vita fondati su « richieste » e « proteste », a volte nevrotiche. L'ossessività è incrementata dalla stereotipia delle situazioni, che fornirà l'argomento, sotto diversa angolatura, del prossimo punto.

3) Inibizione da stereotipia dello sviluppo intellettuale.

Facciamo notare che i fumetti televisivi in esame sono improntati ad una ripetitività non paragonabile ai filoni di storie per l'infanzia con i medesimi protagonisti presenti già nella tradizione. Qui sono ripetitive le immagini: i visi, il taglio degli occhi dei protagonisti, le loro lacrime, i loro sorrisi.

Sono stereotipi le modalità d'azione, che elaborano meccanismi schematici, rinnovati da cambiamenti solo marginali.

Abbiamo letto sulla stampa d'informazione (ma non possiamo controllare l'obiettività del dato) che i programmi scaturiscono da computer, nel cui ventre tecnologico sono stati inseriti tutti i fattori di un possibile gradimento. In ogni modo, anche se le storie sono solo frutto dell'uomo, la loro ricorrenza ne facilita la stesura lungo catene di montaggio intellettuali.

* * *

Ci siamo imposti, si è detto, di evitare sia la drammatizzazione che l'astensionismo pedagogico. Ci sembra che la lotta alle componenti negative di questa branca televisiva non sia da effettuarsi con imposizioni repressive,

che darebbero luogo a fenomeni di rivalsa negativi e aumenterebbero la distanza fra generazioni. La soluzione per noi potrebbe trovarsi nella messa a punto di stimoli concorrenti: più vivi, più caldi, più variabili, senza essere educativi con monotonia come certi esempi del passato. La concorrenza vitale dovrebbe effettuarsi però a tutti e due i livelli, partendo con privilegio da quelli vicini della famiglia. Che un cattivo addestramento della comunicazione incrementi la recettività al fascino televisivo appare in un dato già esposto: i bambini emarginati per un senso di inferiorità nel rapporto sociale ricorrono più facilmente a questo tipo di compensazione fantasmatica.

LAURA RECROSIO

INFLUENZA DELLA FIABA, TRADIZIONALE E MODERNA, SULLA FORMAZIONE DELLO STILE DI VITA DEL BAMBINO

Lo stile di vita di ciascun individuo ha matrici varie e complesse, che nascono dall'incontro del bambino con la vastissima gamma di stimoli ambientali cui è sottoposto fin dalla nascita. La conoscenza approfondita di un numero sempre maggiore di tali comportamenti è importante in quanto permette di procedere più scioltamente nell'analisi dello stile di vita del paziente, operazione questa che rappresenta uno degli obiettivi cruciali della psicoterapia su base adleriana.

A questo proposito mi è sembrato utile esaminare un settore dell'ambiente infantile che, dopo un periodo di relativo accantonamento, è stato di recente rivalutato e riscoperto nelle sue potenzialità educative e formative, ma anche purtroppo come oggetto di sfruttamento commerciale: la fiaba.

Lascio da parte, non perché privi di interesse, ma in quanto esulano dal tema specifico, i motivi psicologici profondi di questa operazione di recupero spontanea da parte degli adulti; penso comunque che essa sia sottesa da un tipo di bisogni analogo a quelli che hanno decretato il successo del filone letterario e cinematografico fantascientifico, ad esempio. Nell'ambito psicologico scientifico il merito di aver dedicato il proprio interesse alle fiabe va allo psicoanalista Bruno Bettelheim, la cui opera « Il mondo incantato » mette bene in risalto l'importanza e il significato delle medesime ai fini dello sviluppo della personalità infantile, secondo un'interpretazione psicoanalitica nelle sue linee essenziali. Infatti, secondo l'A., le situazioni proposte nelle fiabe evocano, simbolicamente, i principali conflitti inconsci che il bambino deve risolvere per raggiungere l'equilibrio fra le tre istanze psichiche, ovvero la maturità psichica: l'importanza delle fiabe consisterebbe nella possibilità che esse offrono al bambino da un lato di proiettare all'esterno la propria angoscia interiore provocata da tali situazioni conflittuali, dall'altro di rielaborare le soluzioni messe in atto dai protagonisti, per sperimentarle lui stesso, attraverso un processo di identificazione.

La suddetta ipotesi, che ho appena accennato, mi sembra possa essere modificata secondo l'ottica adleriana in questo senso: le situazioni critiche vissute dai personaggi fiabeschi sono simboli di problemi esistenziali generali, che l'essere umano si trova costretto ad affrontare lungo tutto l'arco dell'esistenza, e riguardano non solo i rapporti col proprio mondo

interno, ma anche quelli con l'esterno, che sono per noi fattore determinante dei primi.

Quindi l'identificazione da parte del bambino con uno o l'altro dei suddetti personaggi lo aiuta a risolvere problemi interiori, collegati con problemi di relazione interpersonale, e favorisce l'acquisizione di modalità di comportamento, di pensiero, di reazioni emotive e affettive, ovvero di modalità relazionali che contraddistinguono il suo stile di vita presente e futuro, e caratterizzeranno i suoi rapporti con il mondo interiore fantasmatico e con quello esterno reale.

Il mio interesse, oltre che alle fiabe tradizionali, si è anche rivolto a quelle moderne a sfondo fantascientifico, per lo più di importazione straniera: tenendo conto della larga risonanza che hanno per i bambini oggi, ho voluto appurare se i modelli ivi contenuti siano in contrasto con quelli delle fiabe tradizionali e possano perciò dare origine a confusioni e ambivalenze nella psiche infantile, o se invece, nascosta da differenze formali e di contenuto, sia presente una costanza di significato.

Procederò perciò, brevemente, a un esame comparato di fiabe tradizionali e moderne, assumendo quali criteri di confronto le componenti maggiormente suscettibili di influenzare lo stile di vita in formazione: quelle riguardanti l'identificazione sessuale, il sentimento di inferiorità e il suo superamento, l'acquisizione del sentimento sociale, e infine quelle potenzialmente patologiche.

Prima di addentrarmi specificatamente nei contenuti, vorrei richiamare l'attenzione su una caratteristica formale: infatti l'efficacia dei messaggi che le fiabe trasmettono non dipende solo dal contenuto, ma anche in larga misura dal modo in cui questo viene presentato. La fiaba è il regno della fantasia, della magia, dell'irrazionalità, cioè di tutte le caratteristiche del pensiero infantile, ben messe in luce da Piaget. Se il narratore adulto non è in grado di calarsi nella dimensione magica, abbandonarsi alla propria irrazionalità, corre il rischio di presentare al bambino un racconto perfetto logicamente, ma del tutto incomprensibile e sterile per lui.

In secondo luogo, se la fiaba viene raccontata a voce, cosa che succede per lo più con le storie popolari tradizionali, il suo significato è trasmesso al bambino in modo mediato, filtrato per così dire attraverso l'esperienza e lo stile di vita dell'adulto che narra (di solito genitori o nonni). Pertanto il significato che il piccolo attribuisce alla fiaba, varierà in funzione del tipo di relazione che intercorre fra lui e il narrante, come pure il significato che quest'ultimo vi attribuisce. In ogni caso il racconto di una fiaba è una occasione di relazione sociale per il bambino, e in grado di arricchirlo emotivamente — almeno in apparenza — assai di più che la lettura della stessa. Il valore dato dal bambino a questa possibilità di rapporto è evidente, se si pensa che la richiesta « Mi racconti una storia? » sopraggiunge in momenti capaci di suscitare ansia in grado più o meno elevato: l'ora di andare a letto, la malattia, la lontananza di uno o di entrambi i genitori ecc..

Le fiabe moderne non si prestano ad essere raccontate: nate essenzialmente in funzione della televisione, in esse il linguaggio verbale è

notevolmente ridotto, a vantaggio di quello iconico: le immagini, statiche nei fumetti, dinamiche in TV, hanno pressoché soppiantato narrazione e dialoghi, senza contare che le trame sono il più delle volte monotone e ripetitive fino all'ossessività. Viene così a mancare il carattere di esperienza condivisa fra bambino e adulto, senza contare i potenziali danni allo sviluppo intellettuale e linguistico, quali il blocco della creatività e della espressività verbali, tanto più accentuato in quanto i protagonisti delle moderne favole sono onnipresenti nella giornata del bambino, che ritrova la loro effigie sulla scatola di biscotti, su copertine di libri e quaderni, sugli indumenti ecc..

Prenderò ora in esame i temi dominanti delle fiabe. Quelle tradizionali presentano un intreccio di base semplice, che si può ricondurre a pochi tipi, anche se ogni fiaba è caratterizzata da qualche elemento accessorio. Il punto di avvio comune consiste di solito nel presentare il protagonista in una situazione di rischio, oppure di disagio e di insoddisfazione, che viene infine superata, dopo ostacoli e vicissitudini di vario genere, grazie all'intervento di forze magiche amiche o contro l'intervento di altre forze ostili.

Un elemento quasi costante è la rigida distinzione fra qualità morali positive e negative, accompagnata da un'altrettanto netta differenziazione sul piano fisico (salvo rare eccezioni): i buoni di solito sono anche belli e intelligenti, mentre i cattivi si presentano di rigore brutti e spesso stupidi, altre volte invece impegnativi avversari sul piano dell'intelligenza. Una configurazione particolare ha in genere la figura della donna matrigna, strega o sorellastra, bella ma perfida, accostamento che quasi sicuramente simboleggia la pericolosità sessuale femminile.

Sia l'uno che l'altro elemento aderiscono perfettamente al modo di sentire del bambino: egli si trova continuamente di fronte a ostacoli da superare per passare dallo stato di inferiorità, oggettiva e soggettiva, che vive nei confronti dell'adulto, e anche dei coetanei (1), a quello di parità; il suo mondo è popolato di figure buone o cattive, la cui fusione avverrà assai gradualmente ma in modo adeguato nei casi di buon sviluppo, mentre rimarrà incompleta e frammentaria negli altri.

Il fatto che i protagonisti delle fiabe siano, alla fine, vincitori, è di per sé importante per infondere al bambino la fiducia nella possibilità di superare anche lui la propria inferiorità; ancora più importante è però il genere di modalità compensatorie proposte.

Di solito il raggiungimento dell'obiettivo è possibile grazie all'aiuto di figure magiche onnipotenti, come le fate o gli gnomi, il cui intervento risolutore non è gratuito, ma richiede ai protagonisti una collaborazione attiva, attraverso la quale dimostrino di possedere qualità positive, intelligenza, astuzia, onestà, lealtà, altruismo. Si configurano così chiaramente le due linee lungo le quali avviene la compensazione dell'inferiorità: la ra-

(1) Nelle fiabe tradizionali è messa bene in evidenza l'inferiorità nei confronti dei coetanei, dei fratelli soprattutto. La figura dell'ultimogenito bistrattato, che alla fine riceve giustizia, è quanto mai ricorrente.

zionalità da un lato, l'affettività e il sentimento sociale dall'altro (2). Così ad esempio Pollicino salva se stesso e i fratelli grazie alla furbizia, prendendosi gioco dell'orco; Cenerentola, modesta e non invidiosa delle sorellastre, viene scelta dal principe.

I personaggi dotati di poteri magici — buoni o cattivi — hanno un significato simbolico evidente: essi rappresentano le figure parentali, che agli occhi del bambino appaiono veramente onnipotenti, almeno nel periodo della prima infanzia, e che, pur presentandosi talora ostili, alla fine offrono sempre sicurezza e protezione: ad ogni mamma che punisce, se ne contrappone una che ricompensa e premia.

L'utilità della contrapposizione mi sembra che consista soprattutto nel permettere al bambino di accettare gli aspetti positivi dei genitori, e delle persone in genere, cioè di attuare quella fusione tra « buono » e « cattivo », cui si accennava prima, e quindi strutturare un senso di fiducia nell'altro, indispensabile per poter instaurare rapporti interpersonali validi. Inoltre, nel caso di genitori gravemente carenti, la fiducia nell'esistenza di forze buone può aiutare a ricercare figure alternative nell'ambiente.

Nelle fiabe moderne la trama non si discosta molto da quelle tradizionali: cambiano però il tipo di pericolo che minaccia il protagonista e l'aiuto di cui usufruisce.

La situazione di partenza tipica è costituita da un imminente attacco alla Terra da parte degli abitanti di altri pianeti — si tratta cioè di un pericolo più collettivo che individuale —, che viene scongiurato grazie all'uso di robot, computers, congegni super raffinati di vario genere. La sostituzione della magia con la tecnologia mi sembra abbia due importanti implicazioni a livello psicologico. Da un lato si crea una difficoltà a identificare le figure genitoriali, dall'altro si incrementa la tendenza a premiare le doti intellettuali piuttosto che quelle emotive, visto che gli strumenti pressoché perfetti utilizzati contro il nemico sono costruiti dall'uomo.

Tuttavia il sentimento sociale non è estraneo agli eroi delle fiabe moderne: infatti, nelle guerre di proporzioni cosmiche in cui sono coinvolti, svolgono il ruolo di « salvatori dell'umanità », anche se il loro stile è razionale, freddo, controllato.

Per ciò che riguarda la violenza e la distruttività messe in atto, seppure a scopo difensivo, vorrei notare che esse appaiono più intense rispetto a quelle contenute nelle fiabe tradizionali non tanto perché qualitativamente diverse, quanto perché, esemplificate attraverso l'immagine, acquistano una verosimiglianza di gran lunga superiore a quella ottenuta dalla descrizione verbale.

(2) Che il sentimento sociale sia fattore di aiuto e di forza per il singolo, è chiaramente esemplificato in questa filastrocca tratta da un libro moderno, che tiene però conto della tradizione: « Otto bambini si tengon per mano / saltano giocano fanno baccano / corrono in fila stretti a catena / volano insieme sull'altalena / nessuno la mano dell'altro molla / appiccicati son con la colla / se cade uno cadon di sotto / tutti quanti fino a otto / ma sempre ognuno rimane sano. / Porta fortuna tenersi per mano ».

Esaminerò ora i modelli maschili e femminili emergenti dalle fiabe. In quelle tradizionali l'eroe maschile si presenta bello, forte, coraggioso: il suo ruolo è quello di difensore dei deboli, quindi anche della donna, che si caratterizza come figura del tutto subordinata. Le qualità positive femminili, oltre alla bellezza, sono la dolcezza, la modestia, l'abilità nella conduzione della casa: la donna vive in funzione dell'uomo, ha bisogno della sua protezione, trova la propria realizzazione e valorizzazione lungo linee tradizionali. Questo standard presenta qualche eccezione: come già detto, alcune figure femminili, pur belle, si caratterizzano negativamente in quanto malvage. Queste, e loro soltanto, possono permettersi di prescindere dall'aiuto del maschio e anzi, in taluni casi, diventano addirittura sue avversarie, situandosi su un piano di parità.

Ciò costituisce, a mio parere, un grosso limite all'emancipazione femminile: infatti si propone implicitamente che l'unica possibilità di autonomia e indipendenza per la donna consiste nell'isolamento sociale, in senso lato, nel rifiuto del rapporto con l'uomo, ma anche con la donna (i destinatari della malvagità di queste figure sono di ambo i sessi).

Le fiabe moderne, sensibili ai suggerimenti di impronta femminista, ci propongono una donna parzialmente emancipata: essa esce dall'ambito domestico e si cimenta in imprese eroiche al fianco del protagonista maschile, di cui risulta essere un'aiutante in primo grado, efficiente, ma pur sempre subordinata. La completa autonomia è raggiunta, ancora, solo nella sfera del male: esistono regine di altri pianeti, ad esempio, in grado di portare avanti da sole le loro imprese criminose, sulle quali l'eroe terrestre ha la meglio con non poche difficoltà.

Che la donna malvagia e nemica sia pari all'uomo si può interpretare come una forma di difesa del maschio nei confronti della crescente emancipazione femminile: la donna avversaria può anche essere pari, purché quella buona, amica, e potenziale partner, rimanga debitamente un gradino più in basso.

Un altro tipo di figura femminile che compare nelle fiabe moderne, a carattere più realistico che fantascientifico, è quello della bambina o adolescente orfana, vittima di una serie di disgrazie, che affronta da sola, coraggiosamente, il mondo ostile. Di solito queste avventure continuano all'infinito e il loro esito è lasciato all'inventiva del pubblico: ma da quanto si può supporre non si tratta di un lieto fine, oppure, se raggiunto, sempre minacciato.

L'identificazione con questi personaggi non è affatto rara, in quanto spesso il bambino, maschio o femmina, si sente in qualche modo vittima innocente. Ma è un'identificazione pericolosa, che non aiuta il bambino, anzi rafforza la sua disperazione: proprio perché mancanti di un lieto fine stabilmente liberatorio, queste vicende possono generare una serie di fobie (della morte, della perdita dei genitori, della cattiveria umana) senza possibilità di soluzione, a differenza di quanto accade nelle fiabe tradizionali, in cui il finale positivo è quasi di rigore. Da notare ancora che non esistono personaggi maschili vittime, per cui l'identificazione avviene sia da

parte delle bambine che dei maschietti, con il rischio di incrementare in questi ultimi timori circa la propria identità sessuale e vissuti di inadeguatezza relativi al ruolo virile.

A conclusione di queste brevi note, certamente non esaurienti del tema, vorrei aggiungere un'ultima osservazione: dal momento che le fiabe, soprattutto tradizionali, contengono una gran quantità di significati profondi, esse potrebbero offrire una modalità di approccio proficua negli interventi psicologici su bambini, sia a fini psico-diagnostici che terapeutici; possibilità questa da non sottovalutare, specialmente tenendo conto delle difficoltà insite in questo settore.

* * *

BIBLIOGRAFIA

- BETTELHEIM B.: Il mondo incantato - Feltrinelli, Milano, 1977.
COOK E.: Mito e fiaba per i bambini d'oggi - La Nuova Italia, Firenze, 1974.
MARTINI L.: Filastrocche a Drocchinella - Giunti-Bemporad, Marzocco, Firenze, 1972.
PARENTI F. e Coll.: Dizionario ragionato di Psicologia Individuale - Cortina, Milano, 1975.
PERRAULT, GRIMM, ANDERSEN: Le fiabe meravigliose - Ed. Piccoli.

UGO FORNARI

TIPI DI APPROCCIO E PROBLEMI DI INTERVENTO NELL'AMBITO DELLA DISSOCIALITA' MINORILE

Al 13° Congresso Internazionale di Psicologia Individuale ebbi a presentare una comunicazione dal titolo: « Il contributo della Psicologia Adleriana alla interpretazione della dissocialità minorile » (1). In quella sede sottolineai come il comportamento dissociale o antisociale potesse essere interpretato alla luce del difetto di socializzazione in esso presente: come sintomatico, cioè, di una *fondamentale iposocialità*. Questo si accompagna ad un ipertrofico sviluppo della volontà di potenza che — nelle singole condotte — può manifestarsi attraverso comportamenti direttamente violenti, di rifiuto dei compiti esistenziali vissuti in una dimensione esclusivamente costringitiva, etero-imposta (linea di azione diretta) o elusivi, di fuga e di evitamento (linea d'azione indiretta).

Entrambe queste tattiche rappresentano degli artifici di compenso, attivi o passivi, dominatori o astensionistici, che, nel loro perdurare e nel loro costituire una soluzione sia pur inadeguata al complesso di inferiorità che esiste nel disadattato, concorrono ad individuare, in ogni singolo soggetto, il suo peculiare « stile di vita ».

In un lavoro successivo (2) ne esemplificai le relative modalità, riferendo su alcuni casi clinici.

In questa sede mi preme richiamare l'attenzione sull'importanza che Adler riconobbe ai fattori sociali fra le cause del delitto e sulla rilevanza che i processi di apprendimento, di modellaggio, di rinforzo, di associazionismo e di identificazione rivestono nel formare e nel consolidare quell'immagine negativa del proprio sé che esiste in ogni deviante (la cosiddetta « identità negativa »).

Ciò beninteso, tenuto conto del ruolo fondamentale che — nell'apprendimento — svolgono i fattori cognitivi ed emotivi del singolo individuo.

Come le teorie bioantropologiche e costituzionalistiche sono risultate inadeguate nello « spiegare » l'uomo delinquente, così quelle di tipo sociologico, interazionistico, marxista e radicale hanno condotto il discorso in un'ottica di eccessivo sociologismo e politicismo: entrambe hanno ridotto l'uomo ad una entità passiva, ad un capro espiatorio dell'ereditarietà o dell'ambiente, ad un individuo degradato, ad un impotente destinatario della stigmatizzazione negativa, o biologica o sociale.

Risulta invece per noi di fondamentale importanza l'analisi delle dinamiche motivazionali e finalistiche nell'infanzia e nell'adolescenza, in riferimento ai vari tipi di transizione che il bambino ha stabilito

nella famiglia, e al successivo « collaudo » del suo comportamento nella scuola, nel lavoro, nelle amicizie, negli affetti e, in genere, nelle diverse e molteplici esperienze della sua vita, che hanno concorso a costituire la sua *identità psico-sociale* (3).

Questo lo dico, perché negli ultimi anni si è assistito ad un fiorire progressivo di contributi sulla sociogenesi, in specie inerenti i problemi dell'inurbamento, dell'emarginazione sociale, del ruolo patogeno di determinate zone della città, del disadattamento legato alle sfavorevoli condizioni economiche, ai conflitti di classe e di cultura, alla diseguale distribuzione del « potere », alle carenze di infrastrutture scolastico-lavorativo-sociali e altro. Contributi che non si sono limitati a descrivere, ma quasi sempre sono stati utilizzati per *interpretare il fenomeno criminoso*, assumendo, attraverso la costruzione di teorie monofattoriali e quindi di per sé insufficienti, posizioni dogmatiche e — di conseguenza — ascientifiche. Non vorrei che — seguendo tale impostazione nell'affrontare i problemi della minore età — si fosse indotti a ricondurre gli stessi sempre e solo nell'alveo del sociale, *sottovalutando o comunque ponendo in secondo piano l'aspetto individuale*. E ciò assume rilevanza, specie in riferimento alle *ipotesi di intervento* che possono essere, di volta in volta, prospettate.

È chiaro che, non tenendo presenti le variabili socio-economiche, familiari e ambientali che incidono in misura più o meno rilevante sul fenomeno, un intervento assistenziale non articolato con l'esterno, in specie con la famiglia, rischia di rimanere infruttuoso. *Ma non è neppure pensabile che un'opera rieducativa possa raggiungere un esito positivo, solo lavorando su queste variabili.*

Sotto questo profilo, la psicologia adleriana, continuamente riportando il discorso sull'individuale, ci esorta a tenere costantemente presenti i fattori « interni », attraverso i quali ogni stimolo ambientale viene rielaborato, prima che venga emessa la risposta.

È chiaro che tutto ciò non rappresenta altro che un aspetto del trattamento: esso deve essere inserito in un ampio discorso che metta in luce il ruolo patogeno che svolgono, in genere, le aree di maggior sviluppo industriale (4) e determinate zone della città, caratterizzate da carenze di strutture scolastiche, assenza di servizi sociali, occupazioni lavorative marginali ed instabili, presenza di gravi problemi economici, elevata mobilità sociale: ricerche in tal senso orientate sono state svolte a Genova, Roma, Bologna, Napoli, Salerno e Messina (5, 6, 7, 8, 9, 10, 11).

Ma se queste sono le premesse, quali sono le conclusioni cui sono pervenuti coloro che in questi ultimi anni hanno lavorato nel campo della dissocialità minorile?

Per quanto riguarda l'intervento *nel settore penale*, le conclusioni sono negative (12). Il carcere non svolge opera rieducativa. Emargina e criminalizza (13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31).

Non solo: esso ha inoltre un effetto destrutturante e negativo nella costruzione di un'identità personale centrata sulle caratteristiche del « fallito » e dell'« emarginato » (32, 33, 34, 35).

Molto critici sono la maggior parte degli Autori sulla effettiva possibilità di incidere positivamente sul minore nell'ambito dell'istituzione, se questa non è « aperta » sull'ambiente e se l'intervento in internato non è ipotizzabile come un momento di un lavoro molto più ampio che parte dall'ambiente di provenienza e ad esso torna (36).

L'istituzione di per sé risulta dunque inadeguata, perché ogni proposta di cambiamento che resta all'interno di una logica istituzionale rischia di diventare la semplice razionalizzazione di una situazione esistente, attenuando e appaiando i conflitti ed i problemi propri della struttura.

Anche l'intervento in *ambito amministrativo* è denunciato come *fallimentare*, per l'insufficiente attuazione dello strumento legislativo, per la mancanza di ogni risorsa educativa e la contraddittorietà dei modelli proposti. Inoltre è dimostrato (37, 38, 39) come il ricovero in Istituti Assistenziali venga attuato senza una logica di programmazione territoriale, né di interventi differenziali adeguati alle reali esigenze degli utenti, e come l'istituzionalizzazione abbia avuto e abbia un ruolo di primo piano nel creare e mantenere l'emarginazione e il disadattamento (40).

Si segnalano le esperienze condotte in *strutture suppletive della famiglia* (41), strutture aventi piccole dimensioni, tipo le comunità alloggio (42, 43) o i focolari (44) o i gruppi appartamento (45): l'apertura o il potenziamento delle stesse, là dove già esistono, è auspicato anche da parte di chi, con buoni risultati, ha condotto interventi in zona (46).

Si ricordano, per ora, pochi lavori sulla situazione degli Istituti Minori dopo l'entrata in vigore del D.P.R. n° 616 (47, 48, 49, 50, 51, 52, 53), soprattutto volti ad auspicare una collaborazione ancora poco presente tra interno ed esterno, attraverso la partecipazione della comunità alla gestione dei servizi sociali, di cui da più parti sono segnalate però le molteplici carenze (54, 55).

La « fuga » conseguente è stata ed è nel settore della *prevenzione* e dell'ambiente esterno rispetto alle istituzioni come la scuola, il luogo di lavoro e il « territorio » (56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63), anche se si è visto che la partecipazione della comunità alla prevenzione è minore là dove più alto è l'indice di disadattamento e meno organizzati o scarsamente presenti sono i servizi sociali (64, 65).

Il lavoro all'interno degli istituti si è vieppiù limitato alla relazione diagnostica, sia pur svolta in senso psicosociale (66).

Del tutto recente è la rivalutazione del *reformatorio giudiziario* (67, 68, 69), per la sua maggiore duttilità e malleabilità rispetto alla prigione-scuola, purché usato attraverso un « contatto » molto chiaro tra internato e Giudice.

Sul versante della ricerca, dalle indagini volte ad analizzare gli atteggiamenti che i giovani hanno nei confronti del sistema penale e rieducativo (70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82) è emersa una richiesta di interventi soprattutto privatistici e psicologici, non punitivi. Generale è apparsa la sfiducia negli interventi istituzionali di ordine assistenziale o repressivo.

Di fatto, dunque, estremamente problematico appare il modo di concepire l'intervento nella minore età, nel momento storico attuale, quale emergente e dall'esperienza diretta degli operatori psico-sociali e dagli atteggiamenti dei possibili o probabili utenti o cogestori dello stesso.

Avendo presente tutto quanto scritto nelle pagine precedenti, c'è da chiedersi *come, dove e quando* la individual-psicologia può trovare, nel contesto odierno, un suo adeguato inserimento nel trattamento del minore dissociale.

L'impostazione psico-sociale propria dell'orientamento adleriano, a mio avviso, da un lato consente di meglio comprendere la tematica oltremodo ampia che investe coloro che sono ritenuti e definiti i «diversi», dall'altro di distinguere l'intervento almeno in tre livelli: individuale; micro — e macro — sociale.

Ciò consente di prendere consapevolezza critica e della vastità del tema e della relativa limitatezza dell'azione psicologica, che può essere contrastata sui due primi livelli, rappresentando il terzo livello quello su cui devono intervenire amministratori e politici, sia pur da noi sensibilizzati. Nel rispetto dello spazio riservato all'intervento psicologico, ognuno deve assumersi le proprie responsabilità: minori, operatori ed amministratori.

Altrimenti, nella confusione dei ruoli e nella abdicazione delle competenze, non c'è da stupirsi che la comunità non partecipi alla gestione dei servizi sociali, che le tanto auspiccate Unità dei Servizi Locali (U.S.L.) siano fatiscenti, che le sezioni di custodia e i riformatori siano stati tanto incrementati.

La vanificazione della Legge 382, nella sua attuazione con D.P.R. n° 616, non è a mio avviso la semplice conseguenza della indiscriminata apertura e abolizione delle Case di Rieducazione, ma è anche il risultato di una perdita di identità da parte dell'operatore psicosociale che — nell'ambizione dei suoi progetti e nell'espansione della volontà di potenza, ipercompensatoria delle inevitabili frustrazioni connesse al ruolo — ha finito per riversarsi sul « sociale » e sottovalutare, fino a dimenticarla, la sua funzione primaria: quella di *lavorare con l'individuo*, inteso non come capro espiatorio dell'ambiente o della costituzione, ma *come soggetto attivo* che — se adeguatamente motivato e rinforzato — può trasformarsi in *agente di cambiamento*.

BIBLIOGRAFIA

- 1) FORNARI U.: « Il contributo della psicologia adleriana alla interpretazione della dissocialità minorile » - Riv. Psicol. Individ., 4-5/6-7, 110, 1976-77.
- 2) FORNARI U.: « Modelli interpretativi della dissocialità minorile » - Ann. Freniatr. e Sc. Aff., 90/2, 205, 1977.
- 3) FORNARI U.: « Il costo dell'essere "diversi" » - Tirrenia-Stampatori, Torino, 1980.
- 4) AA.VV.: « Strutture socio-assistenziali e di prevenzione del disadattamento minorile » - Esp. rieduc., XXIII/1, 9, 1976.
- 5) BALLONI A.: « Devianza giovanile ed emarginazione sociale », in: « Emarginazione sociale e giustizia » - Rass. St. Penit., XXVI/4, 1976, supplemento.
- 6) BANDINI T., GATTI U., TRAVERSO G.B.: « Struttura urbana e disadattamento giovanile. Ricerca su 1000 minori residenti nella città di Genova » - Rass. crim., VII, 49, 1976.
- 7) CARRER F., PALLANCA G.F.: « Ricerca sulla distribuzione di 1032 casi di delinquenza giovanile nell'area urbana di Genova » - Rass. crim., VIII, 197, 1977.
- 8) DE MICHELIS C., IANNITTI A., SARACENI P.: « Il rapporto individuo-ambiente in una indagine su un quartiere di Roma » - Esp. rieduc., XXIV/1, 37, 1977.
- 9) AA.VV.: « Problemi dei minori detenuti nel Lazio » - Esp. rieduc., XXV/2, 5, 1978.
- 10) CARDILLO R. e Coll.: « Una rilevazione statistica sui minori della sezione di Messina » - Esp. rieduc., XXVII/3, 27, 1980.
- 11) SOMMELLA L.: « Il fenomeno della devianza giovanile nell'area napoletana » - Esp. rieduc., XXVII/4, 9, 1980.
- 12) FORNARI U.: « Il costo dell'essere "diversi" » - Tirrenia-Stampatori, Torino, 1980.
- 13) ANTONUCCI F., DE LEO G., MASIN V., MOREA U.: « Un'esperienza di lavoro in una sezione di custodia » - Esp. Rieduc., XXII/1, 23, 1975.
- 14) ANTONUCCI F. e Coll.: « Il problema della custodia preventiva nell'ambito delle istituzioni minorili » - Esp. Rieduc., XXII/3, 24, 1975.
- 15) AA.VV.: « La sezione di custodia dell'Istituto "C. Beccaria" di Milano » - Esp. rieduc., XXII/4, 9, 1975.
- 16) FORNARI U.: « Tecniche di intervento istituzionale sul minore dissociale » - Ann. Freniatr. e Sc. Aff., 90/3, 287, 1977.
- 17) GIOCOLI NACCI R.: « Prospettive di intervento nel settore penale » - Esp. rieduc., XXIV/2, 160, 1977.
- 18) FORNARI U., INDEMINI FORNARI L.: « Presupposti teorici e modelli operativi per una attività criminologica nel settore penale minorile » - Ann. Freniatr. e Sc. Aff., 91/1, 173, 1978.
- 19) FORNARI U.: « Possibilità e settori di intervento psico-sociale in una sezione di custodia preventiva per minorenni » - Ann. Freniatr. e Sc. Aff., 91/4, 283, 1978.
- 20) PIRRONE S.: « La prigione scuola nel processo rieducativo del minore » - Rass. St. Penit., XXVIII/VI, 683, 1978.
- 21) PRANZINI V.: « Giovani in carcere » - Armando, Roma, 1978.

- 22) BACCI A.: « Problemi conseguenti alla liberazione di minorenni da una sezione di custodia preventiva » - Esp. rieducaz., XXVI/3, 58, 1979.
- 23) BATTISTACCI G.: « Il carcere minorile risolve le problematiche e le difficoltà del minore? » - Rass. penit. e criminol., I/1-2, 35, 1979.
- 24) GREGANTI G.: « Ragazzi in prigione » - Paoline, Roma, 1979.
- 25) LOMANGINO G.: « Comportamento dei minori in custodia preventiva » - Esp. Rieducaz., XXVI/2, 5, 1979.
- 26) BACCI A., SCATOLERO D.: « I giovani del "Ferrante Aporti": una realtà istituzionale in trasformazione » - Esp. rieducaz., XXVII/1-2, 83, 1980.
- 27) CARDILLO R. e Coll.: « Una rilevazione statistica sui minori della sezione di Messina » - Esp. rieducaz., XXVII/3, 27, 1980.
- 28) CASALE M.: « Gruppi di discussione con minori detenuti » - Esp. rieducaz., XXVII/4, 36, 1980.
- 29) FORNARI U.: « Il costo dell'essere "diversi" » - Tirrenia-Stampatori, Torino, 1980.
- 30) LANZA L.: « Amplificazione del fenomeno della devianza giovanile durante la detenzione » - Esp. rieducaz., XXVII/4, 115, 1980.
- 31) VERCELLONE P.: « Ragazzi, giudici ed enti locali » - Rosenberg & Sellier, Torino, 1980.
- 32) LICCIARDELLO O.: « Sul concetto di devianza nei minori delinquenti (rilievi psico-sociali) » - Igiene ment., XXI, 471, 1977.
- 33) BANDINI T. e Coll.: « Carcere minorile e identità negativa. Ricerca su un gruppo di adolescenti sottoposti a detenzione preventiva » - Rass. crim., IX, 281, 1978.
- 34) LANZA L.: « Amplificazione del fenomeno della devianza giovanile durante la detenzione » - Esp. rieducaz., XXVII/4, 115, 1980.
- 35) PAOLELLA A., D'ANIELLO M., PERRONE L., SALEMI A.: « Studio del disadattamento nell'età evolutiva in Campania, nel quadro degli interventi assistenziali e di recupero dei minori » - Rass. crim., collana monografica, XI/1, 9, 1980.
- 36) OCCULTO R. (a cura di): « I problemi della formazione professionale negli istituti penali minorili » - Esp. rieducaz., XXIV/1, 168, 1977.
- 37) BANDINI T., CARRER F., GATTI U.: « L'emarginazione dei minori negli istituti assistenziali. Ricerca epidemiologica nella città di Genova » - Rass. crim., VIII, 101, 1977.
- 38) PAOLELLA A., DE SANCTIS S., SCALAFANI F.: « Studio di una casistica di minorenni ricoverati nelle case di rieducazione della Campania » - Rass. crim., collana monografica, XI/1, 45, 1980.
- 39) PAOLELLA A., D'ANIELLO M.: « L'istituzionalizzazione quale forma di assistenza ai minori: riflessi psicologici e criminologici nello studio di una casistica di ricoverati a cura del comune di Napoli » - Rass. crim., collana monografica, XI/1, 85, 1980.
- 40) AA.VV.: « Indagine sull'istituzionalizzazione dei minori nella 1ª Circoscrizione a Roma » - Esp. rieducaz., XXIV/3, 25, 1977.
- 41) TAMBURINO G., PIAZZA G., BERNARDI S.: « Disadattamento sociale nell'età evolutiva » - Quad. crim. clin., XVII, 227, 1975.
- 42) OCCULTO R. (a cura di): « Le Comunità giovanili di Piacenza e di Castiglione delle Stiviere » - Esp. rieducaz., XXII/3, 5, 1975.

- 43) GATTI U., BOTTARDI C.: « La comunità alloggio come alternativa all'istituto di rieducazione » - *Rass. crim.*, X, 69, 1979.
- 44) SPADETTO G.: « Un'esperienza di servizio per minori disadattati » - *Riv. Serv.*
- 45) SPADETTO G.: « Interventi per ragazze "difficili": dall'istituto ai gruppi-appartamento » - *Esp. rieducaz.* XXII/1, 53, 1975.
- 46) ANTIGNANO L., BANDINI T., BOTTARDI C., GATTI U.: « Considerazioni su due esperienze di lavoro in zona » - *Esp. rieducaz.*, XXIV/3, 17, 1977.
- 47) ALBANESE A.: « Il D.P.R. 24 luglio 1977, n. 616 ed i Centri di rieducazione minorenni » - *Rass. St. Penit.*, XXVIII/IV, 469, 1978.
- 48) GATTI U.: « Nuove prospettive per la prevenzione e il trattamento del disadattamento giovanile » - *Rass. crim.*, IX, 209, 1978.
- 49) PELLICCIA G.: « Situazione degli istituti minorili dopo l'entrata in vigore del D.P.R. n. 616 » - *Esp. rieducaz.* XXV/1, 9, 1978.
- 50) BANDINI T., GATTI U.: « Il ruolo dell'ente locale nella prevenzione dell'emarginazione giovanile » - *Riv. it. med. leg.*, I, 256, 1979.
- 51) ANTONINI W.: « Politica assistenziale e programmi della Regione Campania » - *Esp. rieducaz.*, XXVII/4, 99, 1980.
- 52) DE SANCTIS S., SCALAFANI F.: « Disadattamento minorile. Attività amministrative del Tribunale per i minorenni: nuovi poteri degli Enti Locali » - *Rass. crim.*, XI/1, 77, 1980.
- 53) FERRARI L.: « L'istituzionalizzazione minorile nella provincia di Milano. Aspetti psicologici, sociologici e giuridici » - *Sociol. diritto*, VII/2, 139, 1980.
- 54) BANDINI T., GATTI U.: « La Société italienne face au problème de la délinquance juvénile: mesures, interventions, programmes » - *Rass. crim.*, IX, 37, 1978.
- 55) RICCIOTTI R.: « Rieducazione minorile e prevenzione fra la rinuncia dello Stato e la riluttanza degli Enti Locali » - *Critica giudiz.*, 73, 1979.
- 56) FIORE M., MISCIOCIA M., GIANNINI R. A.: « Progetto di intervento rieducativo » - *Esp. rieducaz.*, XXIII/1, 41, 1976.
- 57) FLORIO P. F.: « Il minorenne e il carcere » - *Esp. rieducaz.*, XXIII/3, 109, 1976.
- 58) DE MICHELIE C., IANNITI A., SARACENI P.: « Il rapporto individuo-ambiente in una indagine su un quartiere di Roma » - *Esp. rieducaz.*, XXIV/1, 37, 1977.
- 59) SERRA C.: « Marginalità socio-culturale e disadattamento scolastico », in: AA.VV.: « Delinquenza minorile e comportamenti devianti » - CISEF, Milano, 1977.
- 60) ANTONINI W.: « Politica assistenziale e programmi della Regione Campania » - *Esp. rieducaz.*, XXVII/4, 99, 1980.
- 61) GAZZOLA A., PONDRELLI C., ZANARDI C.: « Prevenzione del disadattamento scolastico » - *Rass. crim.*, XI/1, 129, 1980.
- 62) PAOLELLA A., PERRONE L.: « La formazione professionale come contributo alla prevenzione del disadattamento minorile » - *Rass. crim.*, collana monografica, XI/1, 159, 1980.
- 63) PAOLELLA A., ZOENA F.: « In tema di inadempienza scolastica precoce e di interventi preventivi del disadattamento minorile » - *Rass. crim.*, collana monografica, XI/1, 177, 1980.

- 64) GAZZOLA A.: « Assetto territoriale ed emarginazione giovanile » - *Rass. crim.*, XI/1, 69, 1980.
- 65) PAOLELLA A., D'ANIELLO M., PERRONE L., SALEMI A.: « Studio del disadattamento nell'età evolutiva in Campania, nel quadro degli interventi assistenziali e di recupero dei minori » - *Rass. crim.*, collana monografica, XI/1, 9, 1980.
- 66) AA.VV.: « I minorenni detenuti nel Lazio: proposte di interventi operativi » - *Esp. rieducaz.*, XXVII/1-2, 9, 1980.
- 67) BALLONI A., PELLICCIARI G., SACCHETTI L.: « Devianza e giustizia minorile » - *Angeli*, Milano, 1979.
- 68) TANI F., ROSA L., TOTA A.: « Problemi e prospettive inerenti all'ammissione al lavoro esterno di giovani detenuti ed internati » - *Esp. rieducaz.*, XXVI/3, 23, 1979.
- 69) SACCHETTI L.: « Abrogare l'amministrativo, potenziare le misure di sicurezza » - *Esp. rieducaz.*, XXVII/3, 53, 1980.
- 70) TOMEO V., CERUTTI P. G., BIANCARDI R.: « Giustizia, norma e sanzione » - *Sociol. diritto*, 1, 117, 1975.
- 71) CALVANESE E., GALLINA FIORENTINI P.: « Atteggiamento e reazione sociale di un campione di giovani nei confronti di alcuni comportamenti criminosi » - *Quad. crim. clin.*, XIX/2, 215, 1977.
- 72) CANEPA G.: « Le conflit des jeunes avec les institutions dans le cadre de la situation actuelle en Italie » - *Rass. crim.*, IX, 15, 1978.
- 73) FADIGA G.: « Il primo contatto tra il minore e la struttura giudiziaria » - *Esp. rieducaz.*, XXV/3, 11, 1978.
- 74) GATTI U.: « Le conflit des jeunes avec les institutions de traitement » - *Rass. crim.*, IX, 29, 1978.
- 75) CALVANESE E., GALLINA FIORENTINI P.: « La reazione sociale alla devianza: una ricerca sui giovani residenti nell'area milanese » - *Rass. crim.*, X, 243, 1979.
- 76) CALVANESE E.: « La reazione sociale dei giovani nei confronti di alcuni comportamenti sintomo di conflittualità » - *Arch. Med. Leg. Ass.*, 1, 48, 1979.
- 77) GATTI U.: « Etat actuel de la rééducation en Italie. Problèmes prioritaires et perspectives de recherche » - *Rass. crim.*, X, 53, 1979.
- 78) GATTI U.: « La rééducation des jeunes en Italie et le nouvelle loi sur la décentralisation des services sociaux » - *Rass. crim.*, X, 61, 1979.
- 79) CARZO D.: « Legge e sanzione come strumento di direzione sociale in una ricerca sull'atteggiamento di un gruppo di adolescenti » - *Sociol. diritto*, VII/1, 139, 1980.
- 80) GIASANTI A., MAGGIONI G. (a cura di): « Opinione pubblica e devianza in Italia » - *Angeli*, Milano, 1980.
- 81) BOFFI M., GIASANTI A., MAGGIONI G., PISAPIA G.: « Immagini di devianza » - *Feltrinelli*, Milano, 1980.
- 82) SAVONA E. U.: « Criminalità o devianza? Confronto tra reazione "ufficiale" e reazione dell'opinione pubblica » - *Sociol. diritto*, VII/3, 107, 1980.

METODOLOGIE E TECNICHE
PSICOTERAPEUTICHE E D'INTERVENTO
NELL'OTTICA ADLERIANA

COMUNICAZIONI SUL 2° TEMA

MARIA ANTONIETTA TRAMONTI

IL « PAZIENTE » ROBERT MUSIL

Robert Musil: scrittore austriaco nato nel 1880 e morto nel 1942. Con Proust, Joyce, Kafka, Roth, Rilke, Mann, Hofmannsthal rinnova la grande letteratura del '900.

A lui si deve uno dei romanzi più importanti del nuovo secolo: « L'uomo senza qualità ».

Lo scorso anno, il centenario della nascita di Musil ha comportato una serie di celebrazioni che ne hanno rinfrescato il successo.

In coincidenza del centenario, Einaudi ha pubblicato i Diari di Musil, avvenimento editoriale atteso da tempo.

Sull'onda di questo interesse, ho letto i Diari e riletto il romanzo.

Questa breve premessa per dare ragione della circostanza che ha dato il via a questa comunicazione.

Se i congressi hanno anche il senso di rendere omaggio a colui nel cui nome li si indice, la mia intenzione è proprio questa: rendere omaggio ad Adler.

COME MAI ATTRAVERSO MUSIL?

Perché in tempi in cui la produzione letteraria è parsa quasi incapace di prescindere da allusioni sotterranee o da riferimenti espliciti alla psicoanalisi di Freud, sicché « peni invidiati » ed « Edipi non risolti » sembra ne siano divenuti ingredienti onnipresenti, Musil è uno scrittore che invece non solo si è giovato della terapia adleriana, ma si è anche chiaramente ispirato, nel suo romanzo, alla dottrina di Adler.

Una nota a piè di pagina del Quaderno 28 dei Diari avverte che « Verso la fine degli anni 20, R.M. dietro consiglio dell'amico Bela Balazs, ricorse alle cure del medico ungherese Ugo Lukacs (1879-1939), allievo di Alfred Adler, per superare gli ostacoli psicologici che gli impedivano il lavoro; la terapia ebbe pieno successo ». (Oskar Maurus Fontana, *Erinnerungen an Robert Musil*, LWW 336).

Il De Angelis, che riporta questa notizia e questo giudizio, pare poi dimenticarsene. Quando nella Introduzione segnala che i Diari ad un certo momento mutano nei contenuti e nei toni, e offrono annotazioni quotidiane e concrete che mal si situano nella scrittura di Musil, e che, soprattutto, stabiliscono « un rapporto esterno e contrappositivo con la struttura del romanzo in corso », non ha l'aria di ricordare che questo momento coincide con il periodo del rapporto analitico Musil-Lukacs.

Effettivamente, le note registrate ora nei Diari sono diverse da quelle precedenti, ma questa diversità trova il suo senso nell'ambito della strategia terapeutica del Lukacs, uno dei cui compiti è proprio quello di rieducare Musil, così pericolosamente versato all'astrattezza, a prestare attenzione al concreto e alle circostanze quotidiane.

Quanto al fatto che in questi Quaderni R.M. parli delle sue vertigini, della acrofobia che lo affligge, dei sogni che fa, del fatto che, come gli ha fatto notare il Lukacs, « al coraggio fisico corrisponde pusillanimità intellettuale » e che questo è il suo « difetto personale » (Tecnica sub-specie Lukacs), è comprensibile che il critico letterario trovi tutto ciò disorientante. Ma a chi abbia conoscenza della psicologia adleriana e della terapia individual-psicologica, queste note parlano e parlano proprio nel linguaggio del rapporto terapeutico, e ne indicano l'iter.

L'iter si fa ancor più manifestato se, con grande attenzione alle date, si seguono gli effetti salutarì dell'incontro Musil-Lukacs nel romanzo:

— prima di tutto il blocco creativo è del tutto superato, tanto che il 26 agosto 1930, il primo volume è dato alle stampe e nel marzo del 1933 esce anche il secondo volume;

— secondariamente, ma la constatazione è ancora più importante, sono proprio del '29-'30-'31 i capitoli in cui l'ispirazione adleriana è più incontestabile, quelli che giustificano una eventuale rilettura anche del seguito dell'U.S.Q. in chiave adleriana. Sono di questo periodo i capitoli a partire dai quali si verifica nel romanzo quel mutamento a cui fino ad ora non è stata, credo, data una persuasiva giustificazione.

Tutti i più sagaci critici asseriscono che « ad un certo punto » l'U.S.Q. cambia. Tutti segnalano lo Jato esistente fra il primo e il secondo volume. Il Cases (al quale si deve l'introduzione all'U.S.Q.), con precisione maggiore, lo situa nel capitolo 115 del primo volume.

Io credo, invece, che lo si debba individuare nel capitolo 113, quello in cui Ulrich conversa con Hans Sepp, capitolo la cui tematica riesplode nel famosissimo capitolo 116.

Il capitolo 116 ha un titolo che agli adleriani risulta subito molto significativo, « I due alberi della vita e la necessità di un segretario generale della precisione e dell'anima ».

Nei due alberi della vita che Musil chiama rispettivamente « forza » e « amore », gli adleriani possono infatti riconoscere senza sforzo la « volontà di potenza » e il « sentimento sociale »: le due strutture portanti della psicologia di Adler.

Come ribadisco, tutti segnalano un cambiamento, sia nei Diari sia nel romanzo, ma nessuno connette questo cambiamento con la terapia adleriana che Musil ha in corso.

COSA CAMBIA NEL ROMANZO?

Cambia ancor più vistosamente della vicenda, il protagonista. Il protagonista è Ulrich, l'alter-ego letterario di Musil che, sull'arazzo storico

del periodo precedente la prima Guerra Mondiale, trascina la sua nevrosi in esperienze di vita e in relazioni umane, nessuna delle quali lo coinvolge davvero; anzi, esse gli accentuano il senso di non-appartenenza, di estraneità, di dolorosa diversità e « distanza ».

Quella di Ulrich è la stessa nevrosi che abita Musil, e ha tutte le caratteristiche segnalate da Adler nelle sue opere « Il Temperamento Nervoso » e « Prassi e Teoria della Psicologia Individuale », opere delle quali Musil ebbe sicura conoscenza:

- Indecisione;
- Carattere autentico del pensiero;
- Autosservazione esasperata e tesa;
- Aspirazione ipercompensativa all'ideale;
- Crudeltà esercitata attraverso il sarcasmo;
- « Distanza » mascherata da astrale eleganza;
- Coscienza di avere avvertito in sé e negli altri soltanto in rarissime occasioni « un alito di amore vagabondo », come Musil stesso scrive;
- e soprattutto quell'*ermafroditismo psichico* (come lo chiama Adler) da cui ha tratto origine la sua nevrotica *protesta virile*.

Il capitolo 116 è il vero e proprio capitolo dell'*insight*.

È in questo capitolo, infatti, che si realizza la improvvisa e lacerante rivelazione non solo della condizione nevrotica che accomuna Musil ad Ulrich, ma anche delle motivazioni che la hanno indotta.

Qui Ulrich e Musil prendono coscienza che il loro mancato adattamento alla vita, la infelicità e le inquietudini che hanno loro impedito di seguire con convinzione ed appagamento le vie intraprese, quel condurre un'esistenza indefinita senza vedere il nesso fra gli accadimenti e il loro Io, si devono ad una sostanziale incapacità di amare: se stessi e gli altri.

L'albero della forza, nel suo « duro groviglio » è alto e rigoglioso; quello dell'amore, povero e stento, « non si vedeva più, e solo da certi segni si capiva che c'era ancora ».

Nel capitolo 116, quindi, la « tranquilla disperazione » senza apparenti perché, di cui Musil ed Ulrich erano preda, diviene disperata consapevolezza.

Se Adler avesse avuto capacità poetiche, avrebbe certamente amato l'immagine della vita che si biforca nei due alberi, ma nel disarmonico sviluppo degli « alberi » di Ulrich, avrebbe immediatamente visto lo stigma della nevrosi.

Per Adler infatti, la « volontà di potenza » e il « sentimento sociale », forza e amore, devono procedere insieme sostanziandosi a vicenda, sicché il sentimento sociale stimoli nell'uomo il desiderio di dare il meglio di se stesso e la volontà di potenza trovi nel sentimento sociale la direzione e il senso delle sue conquiste.

Per Adler la nevrosi ammala la psiche dell'uomo soltanto allorché la volontà di potenza trova il suo fine in se stessa e diviene la soverchiante e sola struttura di una vita che ha perso il suo orientamento positivo e amorevole.

A partire dal capitolo 116 del romanzo, e a partire dal tempo in cui esso fu scritto (dai Diari risulta che esso fu iniziato il 13 Gennaio 1930), si snodano quelle che amo definire, in ossequio ad Adler, le pagine del coraggio.

Del *coraggio*, perché coraggiosamente Musil (e con lui Ulrich) prende atto di ciò che l'analisi va smascherando: le finzioni di cui si è fatto schermo, i falsi scopi, le mètte fittizie che hanno guidato le sue scelte, le compensazioni abnormi che rischiano di fargli consumare la sua volontà di potenza nell'isolamento e nella sterilità, la terribile infelicità della sua infanzia, i rapporti familiari malati e così via.

Significativamente Ulrich si avvia a quella che Musil chiama « inversione di rotta » (titolo dell'ultimo capitolo del primo volume) e si avvia ad una straordinaria esperienza d'amore — finalmente un po' d'amore — incentrata sulla figura di Agathe.

Essa lo impegna totalmente poiché, per la prima volta, Ulrich vive « tutto intiero » un'esperienza. Ciò lo induce a rompere i rapporti col suo mondo di prima (Azione Parallela, Moosbrugger, Sessualità senza amore), poiché ad essi egli aveva partecipato senza partecipazione, con la distratta periferia del suo essere.

Il modo di essere di Ulrich muta:

- il sarcasmo cede a una bonaria ironia;
- il fascino della violenza cede a quello dell'amore;
- la concezione negativa dell'umanità e dei suoi fini, a una positiva;
- la revocabilità delle « soluzioni parziali », all'esigenza di soluzioni definitive;
- la nevrotica violenza della sua « protesta virile » scompare.

Il modo di essere di Ulrich nell'U.S.Q. muta perché la terapia adleriana ha successo, e quindi muta prima di tutto lo « stile di vita » di Musil.

TORNIAMO ALLA TERAPIA.

COME MAI MUSIL SI INDIRIZZA A UNA TERAPIA ADLERIANA?

Abita a Vienna, « la città delle quattro psicologie », e sceglie proprio un'analisi adleriana. Perché?

Perché ci sono indubbi motivi di sintonia fra Musil e Adler ancora prima che essi si incontrino attraverso la mediazione del terapeuta Lukacs.

Sono analoghe alcune matrici culturali, identici alcuni interessi:

- Nietzsche soprattutto, ma anche
- Avenarius e Mach;
- La psicologia della Gestalt;
- La coscienza della insufficienza del principio di casualità, e così via.

In più, c'è una chiara ragione in negativo: Musil è molto scettico nei confronti di Freud alla cui dottrina non crede. La accomuna, infastidito, a quella dello Jung nella definizione di « psicologie fantastiche », che riecheggia quella data da Adler esattamente negli stessi termini.

Quanto al « complesso edipico » di freudiana matrice, esso scatena addirittura il sarcasmo di Musil. Ma ciò ha giustificazione nel suo personale rapporto con la madre.

Si noti, però, che le sue non sono le simpatie o antipatie talvolta gratuite del non addetto ai lavori, perché Musil, a una prima laurea in ingegneria meccanica, fece seguire una seconda laurea in psicologia.

La scelta fra gli adleriani del Lukacs, tenuto conto che essa fu propiziata da Bela Balacs, scrittore amico di entrambi, lascia presumere che sia avvenuta perché Lukacs dovette essere ritenuto in grado, anche per cultura e temperamento, di fronteggiare un paziente come Musil.

A provare la giustezza della scelta ci sono l'esito della terapia e il fatto che nel 1936, quando Musil attraversa una nuova crisi, si rivolge di nuovo a lui (conto di dimostrare in altra occasione, che anche in questa circostanza il romanzo risente della terapia e della dottrina di Adler).

Il fatto che Musil riprenda a scrivere con vigore e persuasione non lascia dubbio sull'abilità del Dott. Lukacs, il quale dimostrò la prima e fondamentale intelligenza instaurando con Musil, paziente di eccezione, un rapporto eccezionale, per nulla ortodosso e connotato anzi da palesi violazioni delle regole analitiche: si accompagnò a lui nei salotti e nei caffè viennesi e lasciò posto nei loro dialoghi a una arguzia e a una cordialità amichevole e calda, quale forse Musil non aveva ancora sperimentato nella sua torturata vita.

Sta di fatto che è in modo per nulla traumatico che Musil si fa speleologo di se stesso e diviene progressivamente consapevole delle cause lontane e delle finalità nevrotiche che condizionano il suo modo di scrivere. Riconosce le sue paure, le sue somatizzazioni, il suo « orgoglio tremolante », come lo avrebbe chiamato Adler, il carattere iper-compensativo della sua pulizia o quello della fantasia. Annota sorridendo: « ero considerato un bimbo ostinato. Sono arrivato quasi a 50 anni prima di accorgermi che non era una lode »; ed è quasi divertito quando interpreta i suoi sogni, che sono sogni da manuale adleriano.

Ritrova, soprattutto, i suoi *primi ricordi* ai quali, come si sa, Adler annette una importanza grandissima, in quanto essi, portatori come sono di remote visioni del mondo e di se stessi in esso, consentono l'incontro fra impressioni passate e tecniche compensative presenti, e denunciano il nostro modo di essere al quale hanno dato direzione e al quale offrono rafforzamento.

Fra i primi ricordi, quello del « ratto » di una bambina al tempo del giardino di infanzia. Nella bambina rapita c'è l'anticipazione di Agathe e lo stesso ineludibile bisogno di amore.

Non mancano anche pagine di autentica sofferenza che segnalano l'esistenza di momenti dolorosi nell'analisi.

L'episodio della « punizione solenne », per esempio, è forse il più drammatico fra quelli che Musil recupera come appartenenti alla sua cupa infanzia (Diari, Q. 33 pag. 1428) ed è, a mio avviso, tale da dare ragione, già di per sé, dell'« ermafroditismo psichico » di Musil e della sua nevrosi (si noti che il capitolo terzo del secondo volume dell'U.S.Q. è incentrato proprio sul tema dell'ermafroditismo e che Ulrich in esso fa riferimento a un « amico psicologo col quale era in rapporti personali »: Lukacs chiaramente).

A proposito della « punizione solenne » vale la pena di segnalare che Musil, la cui fantasia poetica ben raramente si discosta dal suo « vissuto », e che d'abitudine regala a Ulrich le sue esperienze e la sua storia, in tre grandi occasioni rompe la simbiosi biografica che esiste fra lui e Ulrich: a proposito della madre, della « punizione solenne », e del legame che lo unì al padre, legame la cui natura è, nel romanzo, diversa da quella che legò nella vita Robert ad Alfred Musil.

Sono questi tre i temi che io ritengo più dolorosi della vita di Musil e quelli ai quali concretamente si deve riportare l'origine della nevrosi dello scrittore austriaco.

Il fatto che egli nel romanzo li taccia è significativo e non privo di conseguenze agli effetti della interpretazione che la critica dà su di lui.

Ulrich compare a 32 anni, è orfano di madre fin dalla più tenera infanzia, non ha subito la « punizione solenne », lascia spazio nella sua vita al padre solo quando questi muore.

Proprio il silenzio che circonda nel romanzo questi tre temi, che io ritengo costitutivi del nucleo più straziato dell'essere di Musil, può dare giustificazione, infatti, della interpretazione dei critici sull'U.S.Q. e sul suo autore.

Non diversamente da altri scrittori, soprattutto mitteleuropei, Musil è considerato una voce della *nevrosi del suo tempo*: il tempo della crisi dei valori, dell'avvento della nuova scienza e delle sue arditezze ripudianti il vecchio e rassicurante principio di causalità, il tempo della fine delle illusioni in una pace durevole, il tempo del crollo dell'impero asburgico, il tempo della grande filosofia tedesca del primo '900, inquietante fino a toccare le cupezze heideggeriane.

A mio avviso *Musil è invece interprete nel romanzo solo di se stesso e della sua personalissima nevrosi*.

Al massimo, « la nevrosi dei tempi » poté rinnovare e amplificare quella che apparteneva al suo privato.

Del resto, egli è colpito da sintomi nevrotici per la prima volta a sette anni, quando cioè il mondo è ancora racchiuso entro le mura domestiche. Ed entro le sue, l'aria non è molto respirabile.

Credo quindi che, per capire a fondo la nevrosi di Ulrich, bisognerebbe « innestarlo » sul terreno dell'infanzia e dell'adolescenza di Musil, sui rapporti violenti con la madre, su quelli ambigui col padre, e così via. La lettura del Diario è indispensabile per capire il romanzo e nel Diario è

indispensabile « vedere » la terapia adleriana per trovare poi riscontro nell'U.S.Q.

Fra tutti i germanisti di cui io abbia letto gli scritti dedicati a Musil, l'unico che riconosca la profonda ammirazione dello scrittore per Adler è Aloisio Rendi. Questo però non impedisce neppure a lui, che pur non ignora il fatto che Musil si sottomise a terapia, di chiedersi come mai si sia verificato un mutamento così radicale nel romanzo e nei Diari, visto che né vi erano stati « influssi esterni », né « l'impulso di un particolare avvenimento o di una specifica esperienza spirituale » che lo giustificasse.

Neanche lui, quindi, vede il nesso con l'analisi adleriana. Arriva anzi a negare che Adler abbia potuto influenzare Musil o il corso del romanzo, visto che, per esempio, il secondo volume narra dell'amore improbabile che Ulrich vive con la sorella Agathe che lo stesso Musil intuì non essere lontano da una sorta di « autismo ».

Aloisio Rendi ha l'aria di chiedersi se il Musil del secondo volume non sia divenuto ancora più nevrotico di prima e ancor più lontano dalla realtà.

La straordinaria perspicacia e competenza di Aloisio Rendi renderebbero assai allarmante la sua osservazione se:

- non esistessero capitoli del tipo del 116 del primo volume e del terzo del secondo volume, che rivelano con incontestabile nettezza la ispirazione adleriana;
- lo stesso Musil non avesse scritto, per esempio, nel suo Diario, nel Q.28, « Inizio dell'Archivista con la descrizione esasperata della terapia individual-psicologica », nota che non richiede particolari decodificazioni, visto che la « individual-psicologia » è quella di Adler;
- l'amore per Agathe non stesse a significare, proprio nel rispetto della teoria sull'« ermafroditismo psichico » di Adler, il tentativo che Ulrich fa di vivere anche la sua popolarità femminile, quella tenera e amorevole alla quale la popolarità maschile, ipercompensativamente espressa nella « protesta virile », non aveva lasciato spazio;
- quindi vivere con Agathe (nel cui nome l'etimo greco addita la bontà) non significasse per Ulrich conquistare a sé l'altra metà del proprio essere (ricordarsi « I due alberi della Vita »);
- una volta riconquistata la propria unità, Ulrich non avvertisse il limite di questo così detto « autismo » e non decidesse di reinserirsi nella società, nella concretezza della vita e nel suo fluire;
- quindi non fosse verificabile che, come il cambiamento dei Diari si spiega con una tattica terapeutica che Lukacs suggerì e Musil mise in atto con successo, così il cambiamento del romanzo si spiega col mutamento del modo di essere di Musil e di Ulrich lungo le linee auspiccate dalla dottrina adleriana.

Quanto all'astrattezza e irrealtà che caratterizzerebbero il secondo volume, io credo che esse non ci siano, a meno che si voglia chiamare astratta e irrealistica una esperienza, del tutto interiore, di conquista della propria matura e armoniosa unità e totalità.

Molti infine, quasi a dimostrare che Musil non è mai stato guarito dalla sua nevrosi, ricordano il periodo di quasi totale isolamento vissuto in Svizzera prima che morisse.

Ma non ricordano che Musil è in esilio, in luogo di lingua diversa dalla sua, che la povertà più squallida lo tormenta, che c'è la guerra, che isolamento e solitudine non sono la stessa cosa e che la sua è la fervida solitudine per nulla patologica, di chi ha finalmente raggiunto la convinzione di dover espletare il suo compito di poeta con impegno e generosità, con « sentimento sociale ».

GIACOMO MEZZENA

DALLA FINZIONE RAFFORZATA ALLA FINZIONE VITALE

(con momenti esemplificativi dell'analisi di un caso)

Nell'ultima parte del sesto capitolo della recente opera di F. Parenti e di P. L. Pagani « Protesta in grigio » (1), si parla della formula per un vivere attivo volta a dissolvere il grigio della depressione. Secondo gli autori essa consiste nell'accettarsi e fare progetti.

Si riportano, per esemplificare, due casi: quello di un medico cinquantenne le cui strutture fittizie sono fondamentalmente depressive non accettandosi più, egli, come elemento attivo; e quello di un pittore ottantenne la cui finzione è, come dicono gli autori, permeata di fattività.

Io definirei queste ultime « finzioni vitali », che permettono di impostare modifiche interiori volte alla formulazione di progetti, sulla base dell'accettazione di se stessi e dell'armonizzazione del proprio rapporto con la vita.

È chiaro che la finzione, così intesa, non tende allo sganciamento dalla realtà, ma ad essa è orientata in quanto, pur non avendo per sua stessa natura una oggettiva corrispondenza nella realtà immediata, può teleologicamente proporsi come obiettivo finale, muovendosi su una linea direttrice che sia adeguata, nella sua modalità, alla personalità di ogni soggetto.

Con i soggetti che presentano una deviazione per eccesso del fenomeno comune della finzione, da Adler definita « finzione rafforzata », il nostro approccio analitico deve essere ancor più del solito adatto alla personalità del paziente e alla situazione in cui si trova in quel momento. Senza questa modalità di avvio è difficile creare una relazione duale in cui la reciprocità d'ascolto prepari l'alleanza terapeutica necessaria al buon progredire e alla felice riuscita del trattamento analitico. Soprattutto, ripeto, ciò vale per i soggetti in cui il rapporto con se stessi e gli altri prescinde in modo talmente accentuato dall'autocritica, da rappresentare una vera e propria fuga dalla realtà.

Per chiarire il mio pensiero nel modo più semplice, voglio qui riportare alcune fasi dell'analisi di un caso. Si tratta di un giovane diciottenne,

(1) P. F. PARENTI e P. L. PARENTI: « Protesta in grigio » - Editoriale Nuova - Milano, 1980.

primogenito con una sorella di 16 anni, appartenenti ad una famiglia normalmente costituita. Il padre, ingegnere, è dirigente di una grande industria. La madre è casalinga; è colta ed intelligente. Mentre la figura paterna appare un po' distaccata dai problemi della famiglia e, in particolare, dal figlio, la figura materna appare iperprotettiva e apprensiva.

La sorella coglie successi nella scuola e nei gruppi giovanili che frequenta.

Il nostro soggetto, che ripete la 2ª classe di liceo scientifico (è stato respinto altre volte), ha una bella presenza, un sorriso mite, ma non appare disponibile al dialogo. La madre riferisce che da qualche settimana non va più a scuola « tanto non parla mai » dice sconsolata.

A casa non comunica con i familiari se non tramite un « oggetto ponte » che è un orsacchiotto di peluche.

Se deve dire alla madre « Oggi vorrei mangiare la pastasciutta » prende il suo orsacchiotto, batte con la sua zampina la spalla della genitrice e poi esclama: « Bigo (è il nome che ha dato all'animale) vuol dire alla mamma che oggi desidera la pastasciutta ».

Tranne qualche rara comunicazione, soprattutto con la madre, realizzata con questa tecnica, il ragazzo non parla con altri. Passa il tempo ascoltando dischi di musica moderna o classica, parlando con i suoi orsacchiotti o scrivendo « non si sa che cosa », mi dicono i genitori. Non esce mai di casa, non vuole incontrarsi con le persone che vengono a far visita in famiglia e non va a trovare nessuno. Anche a scuola non ha realizzato alcun rapporto, né con ragazzi, né con ragazze e tanto meno con gli insegnanti.

La madre riferisce che il figlio non ha mai avuto problemi sanitari degni di nota, ma che fin da piccolo ha sempre avuto difficoltà a stare con gli altri.

Al primo approccio con me, invece che rispondere alle mie domande, sorride timidamente lasciandomi quasi intendere che non ce la fa a parlare direttamente dei suoi problemi.

Allora gli propongo di sottoporsi al reattivo di Rorschach per tentare di scoprire e discutere alcune sue doti.

Accetta. È evidente che il test gli permette di parlare di sé indirettamente, senza grosse sofferenze.

Dal reattivo emerge, oltre a quanto non è qui il caso di trattare, una intelligenza indubbiamente superiore alla norma, un grande desiderio di brillare, di essere diverso dalla massa, più importante di tutti. Ma poiché il confronto con le altre persone presuppone un livello di tolleranza alla frustrazione che egli non possiede, nonché l'assenza di un complesso di inferiorità (di cui soffre intensamente), egli tende a ripiegare in un accentuato astensionismo. Astensionismo compensato da uno spiccato orientamento alla fantasiosità sognante, che lo porta a sganciarsi progressivamente dalla realtà.

Sulla base dei risultati del reattivo, gli chiedo se ha degli amici immaginari.

Risponde immediatamente e quasi con gioia: « Sì: Dortly, Sitze, Dafne e Pictfan ».

A questo punto sento che devo accettare di partecipare al suo mondo fantastico se voglio realizzare una profonda e proficua comunicazione con lui. Mi rendo conto che solo partendo dalle finzioni rafforzate che condizionano negativamente la sua situazione attuale, possono decondizionarlo dalle stesse.

Pertanto la fase finale dell'approccio terapeutico è caratterizzata dal mio coinvolgimento nella finzione deviante che è alla base dei disturbi del giovane.

Cercherò di spiegare, in breve, quanto, in numerose sedute, il paziente, mi ha trasmesso del suo mondo interiore. È chiaro che sarò estremamente schematico.

Egli dice che all'inizio della sua vita percepiva un caos da lui definito « preoracolare ». La forma più evoluta di questo caos è stato il periodo delle « maschere », durante il quale si comportava secondo i canoni educativi correnti, ma senza partecipazione interiore, in particolare dividendosi in tanti io che interpretava a seconda dei casi.

Alla situazione negativa iniziale ne succedeva un'altra altrettanto negativa. « Allora io mi penso come un paese e lascio il potere centrale agli oracoli, alla base dei quali ci sono i miei amici che tentano all'interno di me una specie di democrazia. Ma le fazioni sono in conflitto tra loro continuamente. Per rispondere alla crisi del sistema oracolare interviene Dafne, che crea l'antioracolo. È il periodo della dittatura alla quale succedono altre vie.

La prima è « il viale dei dimenticati » che è da dimenticare perché termina nel comportamento adulto che io non accetto e che è perfezionamento delle « maschere ».

La seconda fase viene definita degli « amici rotanti ». Secondo questo sistema un mese comanda un amico, un mese un altro (Sitze, Pictfan, Dafne, ecc.).

Ma anche questa esperienza non è soddisfacente: meglio un solo capo, un solo amico fisso: Sitze. Alla mia domanda: « Perché Sitze? » risponde: « Perché io sono debole e Sitze è forte. Il mio io allora lo mando all'esterno e mi osservo e giudico. All'interno di me introduco Sitze che è forte. Allora posso avere dei comportamenti sfacciati, disinibiti, anche aggressivi. Ma questo orientamento può provocare dei conflitti tra Sitze e me, perché Sitze è me, ora che il mio antico io è stato esiliato ».

Domando: « Lei si fida solo dei suoi amici? ». Risponde: « Gli altri sono il nemico comune. Essi, invece, mi aiutano a sopravvivere. Prima con il sistema degli amici rotanti io non esistevo ed ero or l'uno, or l'altro, a seconda delle circostanze. Ma c'era conflitto e vinceva sempre Sitze, violenta, egocentrica, distruggitrice. Soccombeva sempre Dortly, fragile, timida, compassionevole e buona, ma depressa. Si manteneva abbastanza a galla Dafne, mascherata, ambigua, sfuggente. Pictfan era come non esistesse poiché sognatrice, sballata, con la testa nelle nuvole ».

Come si vede, le diverse qualità degli « amici » (egli li indica come « amici », ma ne parla al femminile) sono le sue diverse qualità, i suoi

diversi atteggiamenti. Solo Sitze gli infonde coraggio e fa sì che possa anche compiere atti distruttivi. Per esempio il giorno in cui, a scuola, riesce a sottrarre molto gesso per buttarlo, non visto dai professori, ma solo da alcuni compagni, giù per la strada. Sitze, a tratti, gli permette di orientarsi verso soluzioni affermative non accettabili socialmente. Ma poi si verifica subito un ripiegamento autoprotettivo che può avere le caratteristiche rilevabili negli altri « amici ».

Sitze è un modello virile ed è molto intelligente.

Per questa ragione nei colloqui il mio paziente fingerà di essere Sitze ed io il suo interlocutore. Accettare di dialogare con impegno è già un passo avanti notevole in quanto, sia pur attraverso l'evidente finzione, il soggetto è avviato, passo passo, verso elementi di realtà.

Certamente in ogni dialogo egli viene da me incalzato con l'intensità che è possibile esprimere in quel momento, al fine di mantenere nel soggetto una costante disponibilità all'ascolto.

È opportuno talora spingere, talora allentare sull'ideale pulsante dell'incisività del dialogo, al fine di modellare l'intervento a seconda delle possibilità psicologiche che il soggetto presenta in quel preciso momento.

Ecco un esempio di dialogo mediante il quale il giovane viene incalzato. Si notino le sue resistenze:

Analista: Mi pare che i discorsi fatti finora ci allontanino dal presente, per sganciarsi il più possibile dalle cose e dagli avvenimenti che sono attuali e reali.

Paziente: Ma il presente diventa subito passato e ogni cosa appena vissuta viene subito imbalsamata ... e solamente quando un avvenimento è concluso si può giudicare. Nel presente do giudizi emotivi e quindi troppo falsati ... impulsivi ...

Analista: Il passato può esserci di aiuto come la storia che è « maestra di vita »; ma è un passato reale che ci aiuta a capire la nostra proiezione verso il futuro ... verso ciò che desideriamo o verso ciò che temiamo. Il passato a cui lei si riferisce è legato più ad una produzione fantastica vissuta interiormente, che ad una esperienza di rapporto con gli altri.

Paziente: A me il tempo non interessa: né passato, né presente, né futuro. Mi basta uno spazio atemporale nel quale costruire un museo in cui deporre le mummie, cioè i fatti compiuti ...

Analista: Quindi non il vivere, ma solo il vissuto, o, meglio, la fantasia del già vissuto le interessa. Come uno spettacolo che è già finito e per il quale non si temono più i fischi...

Paziente: Ma qui c'entra il rapporto con gli altri ... ed io ho costruito dei sistemi, dei modi di vita per affrontare e sfruttare questo problema ... per cui, come ricorda, ho costruito gli orsacchiotti, l'isola dei sogni, gli oracoli, ecc. ...

Analista: Capisco cosa vuol dire « affrontare », ma non comprendo cosa intende con il termine « sfruttare ».

Paziente: Sfruttare = ricavare reperti. Il rapporto interpersonale è uno spazio da cui trarre come da una cava o da uno scavo archeologico dei reperti da mettere nel museo di cui ho accennato.

Analista: Ma lei in questo modo degrada il rapporto interpersonale che sostituisce con il rapporto con le « cose ».

Paziente: Infatti il rapporto interpersonale non esiste.

Analista: Perché?

Paziente: Perché il dialogo non esiste, ma solo il monologo.

Analista: Cosa facciamo io e lei?

Paziente: Un monologo perché ognuno parla per sé.

Analista: Cosa vuol dire? ...

Paziente: In un dialogo ci vorrebbe un interlocutore e un ricevente. Ora io ricevo da lei solo ciò che mi serve per affermare le mie idee e lei riceve da me solo i pretesti per fare altre domande per affermare le sue idee, proprio noi che ci conosciamo e ci comprendiamo ... pensi gli altri ... A questo punto è logico pensare che ognuno parla per se stesso ... e il dialogo, così, non esiste.

Analista: Vuol spiegarsi meglio?

Paziente: Nel dialogo c'è la presenza ruotante di interlocutore e ricevente. In un discorso a più battute i protagonisti A e B entrambi diventano a turno interlocutore e ricevente. Poiché l'interlocutore si sente il padrone della situazione, cioè quando parla si sente al centro di tutto, sia A che B vogliono essere interlocutori.

Analista: In che modo?

Paziente: Se A è ricevente, sente le idee di B impazientemente, solo per poterle ribattere come interlocutore e così poter riprendere il ruolo dominante. Questo dominio dell'interlocutore tende ad annullare il ricevente.

Il dialogo evidenzia come il soggetto, che era attaccato alle sue finzioni in modo tale da poterle, talora, scambiare con la realtà, ora tenta di resistere al mio attacco per non perdere il senso di sicurezza che con esse aveva acquistato. Egli cerca di non capire, di non afferrare la situazione come io gliela illustro, ma tuttavia, suo malgrado, comincia a scoprire gli aspetti negativi dei meccanismi e dei dispositivi che aveva formulato per la sua vita e che fanno sì che egli sia in balia delle sue impressioni, delle sue emozioni e sia costantemente paralizzato di fronte alla realtà. Qui ammette di aver sostituito il rapporto con gli altri mediante il rapporto con le cose, sia pur giustificando l'operazione con argomentazioni estremamente sottili. Egli comincia a rendersi conto di non avere il « coraggio della propria imperfezione » e di avere costantemente « paura di sbagliare ».

« È per questo — dice — che mi piacciono i problemi a livello mentale che non si esprimono a contatto con gli altri ».

Gli spiego che in tal modo si può coltivare un'alta opinione di sé solo al prezzo di uno spinoso isolamento che tende a sganciare dalla realtà. Lo ammette dicendo, però, che è il solo modo che gli permette di accettarsi

in quanto « creatore » e non « creato ».

Mano a mano che si procede, il meccanismo delle sue finzioni gli appare sempre meno valido e perciò le resistenze si riducono fino a fargli ammettere che possono essere sostituite con altre.

È a questo punto che gli commento alcuni passi delle opere di Adler e propongo alla sua riflessione soprattutto il seguente passo (2):

« Approvo con convinzione la concezione di Vaihinger, il quale, esponendo la storia delle idee, è riuscito a dimostrare come esse, evolvendosi, tendano a trasformarsi in un primo momento da finzioni (cioè da strutture di secondaria importanza e false da un punto di vista teoretico, ma utilizzabili sul piano della prassi) ad ipotesi, ed in un secondo momento in vere e proprie concezioni dogmatiche. Dal punto di vista della psicologia individuale, queste variazioni di pregnanza vengono concepite come caratterizzanti tanto il pensiero normale (nel qual caso la finzione è un semplice strumento), quanto quello nevrotico, che tenta di mettere in atto la finzione, ed infine quello psicotico, che cerca, attraverso la dogmatizzazione e quindi attraverso la realizzazione della finzione, di compiere un processo rassicurativo. Da ciò scaturisce che quanto più sono intensi i conflitti interiori, tanto più si tenta, attraverso il rafforzamento della linea di intervento, di compensarli. È per questo motivo che si può sempre rilevare nell'uomo normale l'equivalente delle linee d'orientamento e delle caratteristiche nevrotiche e psicotiche, anche se in tal caso esiste sempre la possibilità di correggere questi fattori e di renderli compatibili con il contesto reale ».

Questi ed altri passi furono oggetto di lunghe discussioni con il paziente, il quale oggi comincia ammettere che egli interpretava la finzione in senso letterale, assolutizzandola, poiché non ricercava la compatibilità tra finzione e realtà, ma piuttosto l'affermazione del suo prestigio virile.

Prima egli era orientato a concepire la finzione come realtà ... ancora oggi sente che è talora schiavo di essa, ma ormai capisce che è meglio utilizzare la finzione come progetto o, come gli ho più volte detto, come prefigurazione costruttiva di un evento realizzabile (finzione vitale).

Egli credeva di distruggere la sua inquietudine con la finzione rafforzata, ma in tal modo si sganciava sempre di più da ogni esperienza reale.

« La vita non mi è sopportabile se penso alla morte ».

Gli spiego allora come sia negativo vivere senza far programmi per il domani e che il programma implica una « disattenzione selettiva » (3), la quale ci induce a comportarci come se non esistesse una fine, come se non avvertissimo i limiti entro cui è probabile che la vita si esaurisca, pur essendo consci della nostra finitudine.

Gli ricordo che il voler essere creatore e non creato è una finzione rafforzata che, se gli permette l'illusione dell'immortalità divina e delle

(2) A. ADLER: « Il temperamento nervoso » - Newton Compton Italiana, pagg. 141 e 142.

(3) Espressione usata da L. Bellak ne « Il dilemma del porcospino » - Edizioni O.S., Firenze, 1974.

conseguenti illimitate possibilità, non gli consente, d'altra parte, di fronteggiare la vita reale, ma lo porta a distruggerla.

Il giovane ormai si rende conto che i dialoghi sono dialoghi e non monologhi (anche se in certe situazioni i dialoghi sono veramente monologhi); pertanto appare sempre più concretamente impegnato nella discussione dei temi che lo riguardano a livello profondo. Anche nei sogni si rilevano mutamenti significativi: infatti il finalismo onirico appare sempre più orientato alla ricerca di prefigurazioni legate alla sua realtà; ma occorre ammettere che talora i sogni tendono ancora ad esprimere simbolicamente il bisogno di conservare la sintomatologia che l'analisi sta smantellando; proprio come Penelope faceva con la sua tela, così ora il giovane tende a vanificare in alcuni sogni l'opera di autocritica e di ricostruzione che a fatica l'analisi sta portando avanti per una persistenza inconscia del suo fine ultimo fittizio.

In una delle ultime sedute, prima delle ferie estive, il giovane mi annuncia: « Ho distrutto i miei popoli che avevo dentro di me. Ci sono solo i miei amici, in particolare Sitze ... amici immaginari e poi persone reali ... Io ho riconquistato la mia unità ».

Rilevo che in questa dichiarazione c'è molta buona volontà di proseguirla in modo fattivo nell'analisi e che dovremo, alla ripresa delle sedute, discuterla per chiarirla meglio.

In queste pagine non ho certo trattato tutti gli aspetti dell'analisi che sto conducendo da due anni con questo giovane. Così, ad esempio, i suoi rapporti con gli altri, famiglia compresa; i suoi problemi con la scuola; i suoi problemi con l'altro sesso; il suo rapporto con l'infinito, ecc. ...

Per ragioni di spazio ho dovuto limitare l'esposizione ad alcuni momenti dell'analisi, e in modo schematico. Quello che mi sono sforzato di far emergere, pur nella limitazione, è l'opportunità di muovere dalle possibilità reali ed attuali del soggetto, accettandolo in toto, anche nel versante meno valido della sua personalità. È chiaro, allora, che ho dovuto avere il coraggio di lasciarmi, per così dire, coinvolgere dalla sua finzione rafforzata; solo allora ho potuto stabilire una comunicazione fattiva.

A questo punto, con un processo di incoraggiamento, è stato possibile sciogliere le difficoltà di comunicazione che il soggetto presentava con il mondo esterno e sottrarlo alle convalidazioni negative che avevano incrementato il suo complesso di inferiorità.

Le compensazioni negative, realizzate principalmente attraverso l'isolamento, caratterizzato da una accentuazione patologica delle mete fittizie, possono in tal modo essere corrette; alle finzioni rafforzate si sostituiscono finzioni, che prefigurano eventi costruttivi di possibile realizzazione (finzioni vitali).

Le verifiche saranno incoraggianti e rassicuranti se lo psicoterapeuta imposterà l'analisi secondo un ritmo adeguato alle reali possibilità di « crescita » del soggetto; cosicché questo potrà acquisire rapidamente almeno un parziale senso di sicurezza, sulla base del quale dovrà essere avviata una salutare « presa di coscienza » del proprio valore e dei propri umani limiti. Su questi fondamenti potrà manifestarsi gradualmente nel soggetto,

dapprima in modo ancora incerto, una disponibilità a prefigurarsi un piano di vita alternativo alle mète fittizie, piano di vita che utilizza le finzioni in senso costruttivo, cioè come progetto.

Allora la finzione, che è una rappresentazione avente come obiettivo il futuro (Adler), favorisce l'orientamento verso una mèta finale che è conforme a uno stile di vita che rientra nel campo della normalità, non essendo più sganciata dal reale come finzione rafforzata. In tal modo la mèta fittizia, o meglio ancora l'attività finale, riacquista il suo carattere positivo, nel senso di Vaihinger (4), cioè di volontario, consapevole allontanamento dalla realtà in vista di uno scopo pratico e socialmente accettabile.

(4) H. VAHINGER: *La filosofia del « Come se »* - Ubaldini Editore, Roma, 1967.

ALBERTO ANGLESIO, SILVIA FARINA

LO PSICODRAMMA CON HANDICAPPATI PSICHICI: STRUMENTO PER L'ANALISI E LA CORREZIONE DELLO STILE DI VITA

L'intervento psicologico presso un istituto per handicappati psichici gravi propone il problema dell'affinamento psicodiagnostico e dell'intervento psicopedagogico.

La strutturazione dell'istituto presenta limiti oggettivi dovuti alla sproporzione del rapporto operatori specializzati-assistiti.

La valutazione dei soggetti mediante i comuni test mentali è inficiata da problemi di comprensione e di comunicazione. I limiti di tempo non permettono di avere con i singoli un rapporto prolungato per superare tali lacune.

Si è pertanto deciso di iniziare un esperimento di psicodramma con due scopi: conoscitivo - diagnostico, risocializzante - ristrutturante.

Da una prima selezione è stato isolato un gruppo di 17 soggetti di età cronologica compresa tra i 3 ed i 7 anni e 8 mesi (Parenti, Pagani). Sono stati esclusi tutti i soggetti che avrebbero potuto essere fonte di disturbo per manifestazioni di aggressività e di impulsività accessuali non controllabili.

I soggetti sono stati collocati in due differenti gruppi. La suddivisione è stata operata usando come parametro l'età mentale, il comportamento in istituto e le potenzialità intellettive.

A seguito di questa selezione ci si è trovati a lavorare con due gruppi con caratteristiche differenti: il primo formato dai soggetti più vivaci, con potenzialità di recupero e con età mentale media superiore; il secondo composto da soggetti con età mentale inferiore, minor creatività e capacità d'iniziativa.

Si è stabilito, per motivi operativi, di lavorare con una seduta alla settimana. La durata della seduta stessa è di circa 50 minuti, in quanto tempi più lunghi determinano una perdita di attenzione e di coesione, con tendenza all'allontanamento di alcuni soggetti dal gruppo.

Per quanto possibile alle sedute partecipano due terapeuti. Dopo circa sei mesi sono stati esaminati i risultati del lavoro svolto. Si è osservato che la dinamica superiorità - inferiorità è costantemente presente all'interno del gruppo. L'inferiorità fisica, eccezion fatta per il deficit della favella, anche grave, viene aggredita senza che interventi interpretativi o il gioco di

inversione dei ruoli permettano di modificare l'atteggiamento dei partecipanti. Altri, soggetti con atteggiamento passivo, vengono strumentalizzati dal gruppo che tende a canalizzare su di essi l'ansia derivante da alcuni ruoli. Tali dinamiche sono lesive.

Inoltre alcuni soggetti hanno strutturato un atteggiamento astensionistico di difesa. Questo ha determinato un appiattimento del secondo gruppo. All'interno di esso, anche se l'atteggiamento dei terapeuti era differenziato, ci si trova spesso in posizione di stallo derivante dall'incapacità di elaborare in modo autonomo scene da recitare e dall'indifferenza verso i temi proposti dai conduttori.

Si è deciso, pertanto, di escludere sei soggetti e di formare un unico gruppo di undici.

Nel prosieguo dell'esperienza uno dei ragazzi si è allontanato spontaneamente. Trattasi di soggetto ansioso che tende ad utilizzare la somatizzazione anche per sfuggire ai compiti che gli vengono proposti ed alle situazioni ansiogene. Questa osservazione sullo stile di vita modifica l'inquadramento ottenuto in precedenza: le somatizzazioni sembrano finalizzate esclusivamente a richiamare l'attenzione e ad ottenere un rapporto protettivo privilegiato.

Il gruppo di psicodramma derivato dalla fusione dei due originari si svolge regolarmente da circa quattro mesi.

Lo psicodramma ha l'effetto di scompensare meccanismi di difesa che ognuno dei soggetti mantiene, sia nel colloquio individuale, sia nel rivestire un ruolo stereotipo all'interno del più ampio gruppo degli ospiti dell'istituto. Così il personaggio può essere filmato nella sua dimensione oggettiva.

Inoltre la partecipazione al gruppo sblocca la comunicazione verbale permettendo di acquisire messaggi che non vengono comunicati in altri contesti.

I dati relativi allo stile di vita dei singoli soggetti, rilevati mediante lo psicodramma, possono essere così sintetizzati:

S.L. — Timore dell'aggressività, creatività, volontà di potenza che si esprime con la continua ricerca del ruolo di leader, spesso in competizione con altri soggetti. Potenzialità intellettive che contraddicono i dati dei test.

S.G. — Sentimento di inferiorità fisica derivante dalla inferiorità organica (bassa statura), compensato dall'investimento fantasmatico in ruoli valorizzanti, in linea con la volontà di potenza, dal bisogno di dominare, dalla scarsa adattabilità, dalla povertà di critica e di giudizio.

F.G. — Povero, del tutto privo di iniziativa, capace solo di imitare, assolutamente non creativo.

P.P. — Aggressività controllata che contrasta con l'atteggiamento disponibile. Potenzialità estroverse; al colloquio era apparso inibito. Buone capacità di critica e giudizio ed un vissuto di sofferenza affettiva che il soggetto riesce ora a compensare con la comunicazione.

B.L. — Il giudizio individuale inquadrava il soggetto come ben dotato. Si rileva qui l'errore dovuto ad una falsa valutazione dell'adatta-

bilità. Essa è risultata invece povera di iniziativa, esecutrice, assolutamente non creativa.

Z. C. — Comunica l'esistenza di problematiche familiari non rilevate nel contesto del colloquio per problemi di inibizione e per paura del giudizio. Mentre la valutazione individuale la inquadrava come adattabile, lo psicodramma ne evidenzia le capacità creative.

P. T. — Si delinea con precisione la volontà di potenza compensatrice del sentimento di inferiorità fisico, il bisogno di dominare e l'esigenza inappagata di rapporti affettivi che tende a compensare con fantasie di « matrimonio ».

D. D. — Agressività, alternata ad un atteggiamento astensionistico di difesa.

A. B. — Comunica verbalmente, mentre nel colloquio è scarsamente disponibile.

Per quest'ultimo soggetto la partecipazione allo psicodramma ha avuto un effetto chiaramente terapeutico: sono diminuite le crisi isteriche, la giovane ha abbandonato il comportamento vischioso ed è diventata più disponibile alla cooperazione.

Per altri soggetti si rivela una positiva diminuzione dell'adattamento passivo all'ambiente. Uno dei problemi delle strutture istituzionali consiste nel fornire attività stereotipe cui la maggior parte degli handicappati psichici, eccezion fatta per gli instabili ed i cerebropatici agitati, si adatta. Se non vi sono stimoli esterni i soggetti tendono a ripetere gli stessi giochi o le stesse attività ergoterapiche e rifiutano i cambiamenti. Si può fare l'ipotesi che questo sia legato ai meccanismi di rassicurazione dati dal collaudo di attività conosciute. In questo senso lo psicodramma, proponendo nuove situazioni, ha portato alcuni ospiti ad allargare i propri orizzonti ed a progettare spontaneamente nuove attività.

Per altri ancora si è registrato un lieve miglioramento del tono dell'umore ed una positiva modificazione del rapporto con i terapeuti all'interno dei colloqui individuali.

Più difficile, invece, l'intervento mirante a ridurre l'aggressività ed a modificare lo stile di vita attraverso l'interpretazione. L'interpretazione stessa, anche se semplicemente enunciata, non viene recepita.

Questa osservazione propone il problema dell'handicap psichico come limite per l'acquisizione della interpretazione. Non si dimentichi che i soggetti considerati hanno un'età mentale media di circa 6 anni e che la valutazione qualitativa dell'intelligenza evidenzia, pressoché costantemente, l'esistenza di problemi di attenzione e di deficit delle capacità di critica e giudizio.

Nel corso dell'esperimento sono emersi altri problemi. Uno di essi è la scelta del tema da recitare. Si è pensato di superare l'inibizione con la presentazione di copioni forniti dai terapeuti. L'età mentale suggeriva di utilizzare le favole ed i cartoni animati. Ma questi temi sono rifiutati perché percepiti come non valorizzanti dai partecipanti che si vivono inseriti nel contesto degli adulti.

Si è passati allora alle « scene di vita quotidiana ». È essenziale però, per essere efficaci, proporre scene comprensibili. Per questo è necessaria una conoscenza approfondita del patrimonio nozionistico e dell'esperienza di vita dei singoli. Per esempio, il tema « viaggio in treno » era assolutamente sconosciuto e non vivibile per alcuni.

In uno stadio successivo si è passati a recitare scene proposte dai partecipanti. Questi prediligono la realizzazione di scene ispirate alle fantasie compensatorie individuali. Si assiste, per esempio, alla recita del matrimonio, con accurata scelta del partner ideale, e all'identificazione con personaggi vissuti come valorizzanti che tuttavia saranno sempre confinati nell'ambito della fantasia.

L'interpretazione delle fantasie come compensazione del sentimento di inferiorità originato dall'inferiorità fisica, anche se teoricamente corretta, non può essere fornita e sembra antiterapeutico, al momento, cercare di rimuovere tali compensazioni.

Si è cercato di spostare il gruppo verso la rappresentazione di scene reali, ispirate dagli avvenimenti della settimana. Ma tali temi, anche se proposti da alcuni, difficilmente richiamano l'attenzione del gruppo perché non permettono agli attori di realizzare nella recita le mete di superiorità verso cui sono guidati dalla volontà di potenza.

Lo spostamento del gruppo richiede un lungo e paziente lavoro. Lo scopo dello psicodramma è di creare uno spazio all'interno del quale l'handicappato psichico sappia di potersi esprimere senza ritrovarvi quella direttività e quelle limitazioni cui è abitualmente sottoposto.

Tanto più che gestire un gruppo all'interno di un istituto comporta necessariamente un inquinamento derivante dai rapporti che i partecipanti hanno al di fuori del « tempo di psicodramma » ove si stabiliscono precise dinamiche di potere.

La tendenza alla ricerca di modelli vissuti come valorizzanti si realizza anche attraverso l'imitazione del comportamento dei soggetti che richiamano maggiormente l'attenzione.

L'handicappato, guidato dalla propria volontà di potenza, recita questi modelli in modo acritico. Così pure rifiuta l'inversione di ruolo quando il ruolo complementare è considerato inferiorizzante. Per esempio nel gioco « poliziotto - ladro », il ruolo del ladro perdente viene rifiutato. C'è inoltre la tendenza ad utilizzare i soggetti astensionisti ed inibiti per i ruoli inferiorizzanti. Così essi diventano il capro espiatorio del gruppo: ma da questo può derivare un rafforzamento delle loro difese astensionistiche.

Il gruppo di psicodramma ha infine evidenziato l'esigenza dell'appagamento dell'affettività nell'handicappato che sembra ancorato a compensazioni nell'immaginario, modellate sull'ambiente esterno. Una delle cause che spiegano l'elaborazione di tali compensazioni sta nella estrazione sociale dei soggetti considerati, appartenenti tutti a famiglie culturalmente e affettivamente povere, difficilmente disponibili alla collaborazione ed incapaci di prendere coscienza del limite del familiare handicappato, cui vengono proposti modelli convenzionali: lavoro, posizione sociale, matrimonio con figli.

Quindi anche all'interno di un gruppo di handicappati psichici e nonostante le limitazioni date dalle dinamiche dell'istituto e dalla costituzione del gruppo di psicodramma all'interno dell'istituto stesso, l'esperimento si è dimostrato essenziale per la conoscenza psicologica approfondita degli ospiti in quanto permette di superare, attraverso l'osservazione di altri livelli di comunicazione, il limite dato dal colloquio individuale e dall'osservazione del singolo nel contesto della vita d'istituto. Questo permette di ottenere indicazioni per programmare attività psicopedagogiche mirate, coerenti con le problematiche dei singoli. Inoltre, anche se l'esperimento è soltanto in fase iniziale, si osservano taluni aspetti terapeutici che propongono la possibilità di ottenere con questo strumento una ristrutturazione del vissuto ed una correzione dello stile di vita.

Le osservazioni derivanti dall'esperienza si possono così riassumere:

- Necessità di selezionare i soggetti in base al comportamento e non solo all'età mentale.
- Collocazione degli ospiti con atteggiamento astensionistico all'interno di un gruppo omogeneo.
- Fornitura, in una prima fase, di scene inventate che siano il più possibile attinenti alla vita quotidiana e che presentino un certo interesse.
- Coinvolgimento dei terapeuti nella recita delle scene.
- Presentazione di interpretazioni elementari, chiaramente esemplificate anche con rappresentazioni sceniche agite dai terapeuti.

BIBLIOGRAFIA

- ADLER A.: Il temperamento nervoso - Astrolabio, 1950.
- ADLER A.: Psicologia dell'educazione - Newton Compton, 1975.
- ADLER A.: Cos'è la psicologia individuale - Newton Compton, 1976.
- ADLER A.: La psicologia individuale - Newton Compton, 1970.
- ADLER A.: Psicologia del bambino difficile - Newton Compton, 1976.
- ANCELIN SCHUTZENBERGER A.: Lo psicodramma - Martinelli, 1972.
- ANZIEU D.: Lo psicodramma analitico del bambino e dell'adolescente - Astrolabio, 1979.
- DINKMEYER D., DREIKURS R.: Il processo di incoraggiamento - Giunti e Barbera, 1974.
- LEBOVICI S., SOULÈ M.: La conoscenza del bambino e la psicoanalisi - Feltrinelli, 1972.
- LEMOINE J., LEMOINE P.: Lo psicodramma - Feltrinelli, 1977.
- MISES R.: Il bambino deficiente mentale - Astrolabio, 1978.
- PARENTI F., PAGANI P. L.: Il gruppo lombardo di studio sullo psicodramma adleriano, Società Italiana di Psicologia Individuale, 1979.
- PARENTI F., PAGANI P. L.: Manuale per l'esame psicologico del bambino e dell'adolescente - Hoepli, 1971.
- PARENTI F., PAGANI P. L., MEZZENA G.: Lo psicodramma adleriano, Corso Seminariale della Società Italiana di Psicologia Individuale - Milano, 1980.
- STARR A.: Psychodrama: a rehearsal for living - Nelson-Hall, 1979.

ROSALBA BOSCOLO

ADATTAMENTO DELLO STILE DI VITA IN PAZIENTI EMIPARETICI

L'introduzione adleriana dei concetti alto-basso è rappresentata dai riferimenti antropologici che risalgono all'evoluzione umana e particolarmente al momento dell'acquisizione della posizione eretta; afferma infatti Adler ne « Il Temperamento Nervoso »: « Ogni bambino ripercorre nel suo sviluppo tale stadio e inoltre viene continuamente rimproverato per il fatto di essere in terra e di cadere in basso ».

Da qui nasce, successivamente nell'individuo, l'associazione ideativa dei termini alto-basso con vittoria-sconfitta; ma esiste un'altra antinomia di importanza forse primaria: alto-basso si trasformano in maschile-femminile, superiore-inferiore, in essa la virilità è equiparata all'altezza e la femminilità al concetto di basso. Infatti, il bambino nota l'uomo più alto della donna, con un tono di voce più elevato ed una forza fisica maggiore.

Inoltre esistono concetti relativi alla superiorità ed inferiorità riferibili a valori culturali che fanno ormai parte della storia dell'uomo: mi riferisco al sempre più frequente raffronto che l'individuo è portato a fare tra sé e l'immensità dell'universo, alla inevitabilità della propria morte, alla propria distruzione e ai limiti imposti dalla sua esistenza terrena.

Altri elementi discriminanti sono la superiorità e l'inferiorità di tipo sociale, che contrappongono il singolo individuo agli altri esseri umani. In questo caso l'individuo è solo, la sua è una situazione « unica » dal momento che nessuno vive, giudica, concepisce il mondo e se stesso nel modo in cui lui solo ha imparato a fare.

Tale introduzione si è resa indispensabile per poter accennare alla formazione dello stile di vita che sorge allorché il bambino impara ad affrontare, e superare, le difficoltà che la sua posizione comporta nell'ambito della famiglia.

Egli sviluppa quindi il proprio carattere e si organizza di conseguenza rispetto a quelli che Adler ha chiamato « I tre compiti vitali ».

Fino a circa una trentina di anni or sono, gli indirizzi educativi impartiti tendevano a crescere i fanciulli in modo tale da considerare il sesso maschile come grande, forte e superiore al sesso femminile, ritenuto, al contrario, debole, inferiore e quindi da sottomettere. Si riscontra così molto spesso, come, oggi, certi adulti maschi mantengano naturalmente un comportamento arrogante di fronte all'altro sesso, atteggiandosi a signori e padroni; essi cercano di dimostrare di essere veri uomini, e, per raggiungere

tale scopo, hanno organizzato la propria vita matrimoniale in modo da essere i soli ad assicurare il mantenimento economico della famiglia, negando alla moglie l'ottenimento dell'indipendenza attraverso un lavoro al di fuori di casa, facendola così sentire mantenuta ed in balia della volontà e delle decisioni del marito.

Tale protesta virile dell'uomo influenza anche il rapporto sessuale poiché egli può, in questa occasione, essere dubbioso della propria capacità di sentirsi all'altezza del ruolo che sta giocando, incrementando l'ansia che non favorisce un buon esito sessuale. Un'ipertrofica gestione della virilità sul piano sociale può, quindi, talora paradossalmente, sfociare in un'impotenza psicogena.

Non è facile, per questo tipo di uomo, affrontare le quotidiane avvertenze: « giocare un ruolo » non è sinonimo di « sentirsi in grado di... »; avviene così, molto spesso, che l'ansia emerga anche nell'ambito del lavoro, laddove cioè, egli si trova con altri individui maschi, in una situazione di confronto gravida di sofferta competitività.

Il maschio allora tende a soddisfare la propria volontà di potenza nel campo di azione in cui il successo è più probabile, ipercompensando quello dal quale riceve maggiori frustrazioni: egli deve provare che certi privilegi gli spettano di diritto in quanto uomo e deve ottenerli per consolidarsi appunto nel ruolo maschile.

Ma la vita non si prospetta facile nemmeno per la donna. Essa, infatti, ha dovuto imparare ad essere sottomessa e ad accettare l'inferiorità che appare, anche a lei stessa, come una certezza. La donna apprende nella infanzia, dalla propria madre, ed in seguito dalle altre donne, la subordinazione nella quale sono relegate. Essa stessa, perciò, si scoraggia, finisce per seguire la medesima traccia di vita, accettando di porsi in secondo piano rispetto al marito e rivendicando spesso sui figli le potenzialità represses. Inoltre questo tipo di donna ipercompensa spesso, attraverso la strutturazione di caratteristici comportamenti nevrotici, quali ad esempio il perfezionismo della pulizia della casa con cui tende a dimostrarsi superiore alle altre donne, oppure tramite l'accentuazione di certe caratteristiche tipiche della donna cinquantenne che si manifesta con agitazione ed ansia per il cambiamento fisico delle proprie funzioni corporee di ordine endocrino, estetico, ecc. ... Anche le innumerevoli disfunzioni sessuali, che permettono alla donna di recuperare potere ottenendo la supremazia di chi sceglie e gestisce il rapporto, sono un sintomo di tale ipercompensazione. Questi comportamenti, però, si rivolgono, ancora una volta, contro la stessa donna che vive, con sensazione sempre più forte, la propria inferiorità.

Le conseguenze dei fenomeni fin qui molto genericamente descritti risultano, dunque, svantaggiose per entrambi i sessi, con ripercussioni di varia gravità sui figli. La situazione, oggi, ha assunto nuovi aspetti di particolare importanza poiché è meno frequente riscontrare, nella donna, la sua, fino a ieri, atavica passività, che contribuiva a far raggiungere alla coppia un certo grado di complementarietà.

In una situazione così instabile e difficile da sostenere, è evidente come cambiamenti di una certa entità possano alterare il precario equilibrio rag-

giunto dalla coppia i cui membri tenderanno, alla prima occasione, a recuperare sul piano della volontà di potenza.

L'esperienza lavorativa in una clinica specializzata nella riabilitazione fisioterapica mi ha permesso di confermare come l'insorgere di una malattia, quale l'emiparesi, possa modificare lo stile di vita sia come adattamento al nuovo status vivendi, sia come rivendicazione di diritti precedentemente non soddisfatti. Tale esperienza è inoltre indicativa proprio perché contempla una casistica che riguarda, per lo più, gli individui di cui fin ora ho trattato: e cioè i 45/60enni.

La psicologia individuale ci spinge ad osservare ed analizzare le caratteristiche di ogni individuo, considerandolo attraverso le esperienze, il modo interiore di viverle e il carattere che si è andato a formare. Ogni caso clinico ha una sua peculiarità che sfugge ad una rigida classificazione tipologica. Esistono, comunque, in generale, alcune modificazioni allo stile di vita che vengono maggiormente riscontrate e che sono degne di nota.

Come si è precedentemente accennato, gli uomini tendono per lo più a trovare compensazione alla volontà di potenza nel campo lavorativo o nel rapporto di coppia, ed il loro comportamento varia anche in relazione al livello sociale e culturale.

L'uomo che appartiene ad una condizione sociale medio-bassa, che ricerca nel lavoro gratificazione e valutazione di sé, è certamente un gran lavoratore, non solo come disponibilità e serietà nell'affrontare gli impegni di lavoro, ma anche come tempo che ad esso dedica: egli pone le esigenze della famiglia in secondo piano escludendosi volontariamente dalla vita di questa; la situazione muta notevolmente allorché insorge l'emiparesi: egli allora si sente sconfitto poiché è impedito nel lavoro: tenta un recupero del proprio ruolo nell'ambito familiare, ma spesso gli viene rifiutato, con gravi conseguenze che ricadono su di lui. A seguito di ciò il soggetto diviene depresso e passivo a tal punto che anche il recupero fisioterapico viene compromesso.

Diverso è il caso dell'individuo che non trova soddisfazione nell'attività professionale e che ricerca supremazia nell'ambito della famiglia: egli è padre severo e marito esigente. Anche dal punto di vista sessuale si permette di tradire la moglie che giudica incapace ed insoddisfacente. Con l'insorgenza della malattia egli si trova in gravi difficoltà poiché teme, innanzi tutto, di aver perduto il simbolo della sua virilità più pregnante. Tenta allora di recuperare affettivamente la moglie che, però, si sente divenire la più forte ed instaura un atteggiamento di distacco affettivo oppure di interessamento pietistico che lo fa sentire un marito gravemente handicappato e in balia della generosità altrui.

Prendiamo ora in esame l'uomo che appartiene ad un livello sociale elevato: in questo caso egli occupa un posto di lavoro di tipo dirigenziale, imprenditoriale o comunque intellettuale; la situazione può essere ben superata quando, con l'insorgenza della patologia, la sua disponibilità mentale lo aiuta ad impiegare con hobbies, più o meno importanti, il tempo dedicato prima al lavoro. Questo atteggiamento positivo non solo attenua in lui l'insorgere di problemi pratici e psicologici, ma influisce positivamente sul

processo riabilitativo conducendolo ad una probabile, parziale guarigione. Se invece egli non sarà tanto abile nella gestione compensatoria, insorgerà in lui una forte depressione e i rapporti con i familiari diventeranno difficili poiché, di fronte ad essi, egli non si sentirà più di valere.

Consideriamo adesso il sesso femminile ed osserviamo la donna che vive in condizioni sociali modeste: ella è per lo più casalinga, subordinata al marito, con frustrazioni sessuali quasi sempre evidenziabili dopo alcuni colloqui. Quando tale donna viene colpita dall'emiparesi, ella si sente di poter recuperare qualcosa sul piano dell'attenzione: è infatti lei, ora, ad aver bisogno di assistenza ed aiuto, non solo, ma anche sessualmente ora esiste un impedimento reale e oggettivo, e non più dipendente da lei; può così giocare la parte di chi vorrebbe ma non può.

Il recupero è, in genere, facilitato dal carattere di questa donna allenato al sacrificio e alla sopportazione, che la rendono disponibile a diventare buona collaboratrice del fisioterapista e del medico.

Analizziamo infine, la donna che appartiene ad un ceto sociale elevato: nel caso in cui sia scarsamente intelligente e abbia sperimentato la situazione della figlia unica anche dopo il matrimonio, diverrà una malata difficile da curare e pesante da sopportare per la stessa famiglia. Infatti, saranno giustificabili, per lei, le lamentele per sofferenze, che sono solo in parte reali, e la paziente finirà, molto spesso, per essere abbandonata alle cure di personale infermieristico o sistemata precocemente in case di riposo private, anziché godere della vicinanza dei familiari.

Quando si tratta di una donna intelligente è facile riscontrare in lei uno stato di insoddisfazione, precedente la malattia, per il ruolo di subordine nel quale era relegata, con esigenze compensative rivolte ai figli, verso i quali indirizzava ogni sua attenzione e aspettativa; la sua reazione alla paralisi si manifesta con la depressione, poiché si sente impedita nel mantenere il dominio sui figli e con il rifiuto di ogni attenzione, anche quelle del marito, dal momento che le giudica, ora, poco importanti e che, anzi, le confermano la sua ulteriore mancanza di autonomia; tale donna, però, non si nega ogni possibilità di guarigione, diventa in questo caso imperattiva ed esigente nei confronti di chi « deve rimetterla in piedi ».

Descriverò, ora, solo alcuni casi, tra i più esemplificativi di quanto ho fin qui esposto:

Caso n. 1

Un uomo di 50 anni, sposato da 21, con due figlie rispettivamente di 16 e 11 anni. Lavora, da quando era giovane, per una grossa azienda torinese, dove fa carriera fino a raggiungere il posto, tanto auspicato, di direttore delle vendite.

Primogenito con un fratello e una sorella dai quali ha sempre tratto motivi di conforto; li descrive, infatti, più estroversi e più abili nel gestire situazioni che procurano invece, a lui, forti stati ansiosi.

Il padre era un gran lavoratore, introverso ma energico allo stesso tempo; la madre, più debole di carattere del marito, si occupava della casa e dei figli, destreggiandosi alla meglio nell'intento di far quadrare il bilancio familiare che la guerra rendeva sempre più misero.

Sposa una donna che, solo dopo il matrimonio e per scelta del marito, rimane a casa abbandonando il posto di lavoro come impiegata.

Fin dai primi colloqui egli si dimostra preciso sino all'ossessività del perfezionista, pignolo e pretenzioso nei confronti di tutti coloro che non gli dimostrano attaccamento verso il lavoro o che non possiedono, come lui, uno spiccato senso del dovere.

Cambia casa per essere più vicino al posto di lavoro e trascorre sei anni consecutivi lavorando senza neppure un giorno di ferie.

Insorge l'emiparesi e con essa una manifesta forma di depressione che non gli impedisce di lottare per mantenere il lavoro dal quale verrà, poi, licenziato. Inizia allora ad occuparsi della famiglia e lo fa ripercorrendo le orme paterne; controlla l'amministrazione della casa, poiché giudica la moglie scialacquatrice dei beni familiari; segue i risultati scolastici delle figlie e le amicizie della più grande che ha già dei corteggiatori di cui lui non conosceva l'esistenza. È, però, troppo tardi: la moglie rifiuta i controlli e, per ritrovare l'indipendenza alla quale era abituata, apre un negozio; anche le figlie respingono le imposizioni paterne e mantengono l'abitudine di appoggiarsi alla madre. Il paziente alterna così la depressione con crisi di rivendicazione di ruolo con qualche impronta isterica.

Rifiuta il trattamento fisioterapico che giudica inutile, ma utilizza i colloqui psicologici che gli servono dapprima come valvola di scarico e poi come richiesta di avvio all'analisi di cui conosce la validità.

La psicoterapia è ora in corso; il paziente è puntuale alle sedute e scrupoloso nel fornire materiale analitico pur mantenendo l'esigenza di rivendicare potere che sporadicamente manifesta con il terapeuta.

Caso n. 2

Donna di 47 anni, secondogenita, con un fratello avvocato, sposata ad un imprenditore, con due figli: un maschio di 23 anni e una femmina di 18. La signora sceglie, per educazione ricevuta, di occuparsi dell'educazione dei figli dai quali si attende molto: la laurea per il maschio che favorisca il suo inserimento nella ditta paterna, e un buon matrimonio per la figlia. Per raggiungere tale scopo la signora cura con ostinazione gli studi, le amicizie e ogni attività, anche sportiva, dei propri ragazzi.

Il marito è, per lei, motivo di sofferenza; lo desidererebbe, infatti, più affettuoso e attento verso di lei.

Alla comparsa della malattia la paziente reagisce con una iniziale manifestazione depressiva: ha paura di essere costretta a non poter più seguire i figli che giudica ancora troppo immaturi per essere abbandonati a loro stessi; rifiuta ogni attenzione del marito poiché considerata di secondaria importanza; respinge, inoltre, le visite degli amici dai quali teme manifestazioni pietistiche.

Si rende, invece, disponibile a nuovi rapporti interpersonali, dal momento che sente di poter gestire ancora qualcosa. Ne conseguono pretese mai soddisfatte e comportamenti ipercritici, soprattutto nei confronti di chi la sta curando.

In casi come questi descritti è raro che il paziente senta spontaneamente la necessità del trattamento analitico ed, a volte, esso è oggettivamente poco utile; qualcosa comunque è spesso consentito fare.

È possibile, per esempio, educare il malato ad accettare la propria infermità senza esigere di utilizzare quest'ultima come protesta per recuperare il potere deteriorato.

A questo scopo ben si addicono le terapie di gruppo o lo psicodramma di linea adleriana, che permettono una revisione dello stile di vita che tenga conto dei tre compiti vitali.

★ ★ ★

BIBLIOGRAFIA

ADLER: « Il Temperamento Nervoso » - Newton Compton Editori, 1970.

ADLER: « La compensation psychique » - Pajot, Paris, 1956.

PARENTI, ROVERA, PAGANI, CASTELLO: « Dizionario ragionato di psicologia individuale » - Cortina, 1975.

ROSSANA ACCOMAZZO, MARIO FULCHERI

L'AMBIGUITA' STRUTTURALE DELLA PSICOTERAPIA ANALITICA: MOMENTI CONSERVATIVI E MOMENTI TRASFORMATIVI

In questi ultimi anni si è assistito ad un sempre maggiore avvicinamento tra le principali correnti ad indirizzo socio-culturale della psicologia del profondo ed una parte cospicua degli orientamenti neofreudiani e neo-junghiani (1).

Questa « convergenza », pur se non ancora completamente attuata, consente di individuare alcuni denominatori comuni che conducono alla distinzione, nell'ambito della moderna psicoterapia, tra psicoterapie dinamiche del profondo o analitiche e non analitiche.

Nel tentativo di contrapporre chiarezza alla confusione che l'uso improprio del termine « psicoanalisi » ha determinato, si è infatti reso necessario raggruppare i tre fondamentali indirizzi: la psicoanalisi di Freud con le sue successive evoluzioni, la psicologia individuale di Adler, la psicologia analitica di Jung, nel termine di psicoterapie analitiche o psicoterapie dinamiche del profondo.

I presupposti comuni che giustificano tale operazione e nello stesso tempo differenziano tali scuole da altre forme di pensiero psicoterapico, più limitate come potenzialità terapeutica e di più scarso rilievo come formulazione teorica, sono i seguenti:

- Esplorazione dell'azione dinamica conflittuale dell'inconscio che agisce nella strutturazione delle varie affezioni psichiche;
- Esigenza di maggiore maturazione consapevole della personalità come elemento cardine per la soluzione della sintomatologia;
- Analisi del transfert come tecnica terapeutica.

(1) Nel 29° Congresso Internazionale della Associazione Psicoanalitica (1975) si è dato rilievo alla modificazione di alcune tecniche psicoterapeutiche ed al riconoscimento di un processo di integrazione delle diverse correnti psicoanalitiche in Europa, mentre si è confermata, negli Stati Uniti, una ricerca di compatibilità tra posizioni strutturalistiche e psicoanalitiche in senso stretto. Inoltre il presidente dell'Associazione Internazionale di Psicologia Analitica, Gerhard Adler, ha distinto nell'ambito di questa almeno tre correnti: gli « ortodossi » (che tendono a mantenere i concetti junghiani puri e virtualmente immutati), i « neojunghiani » (che modificherebbero alcuni concetti della psicologia analitica integrandoli con altri psicodinamici), e un « gruppo di centro » fermamente attaccato agli insegnamenti di Jung, ma aperto a modifiche scaturenti da successive esperienze.

Parallelamente si è dimostrato che la consistenza delle psicologie dinamiche si fonda sulla capacità di modificare i modelli teorici e modulare la prassi metodologica, terapeutica e didattica sulle osservazioni fattuali di una realtà clinica e sociale in costante trasformazione, pur conservando le originali connotazioni.

Nel passato il progredire delle conoscenze teoriche attraverso i diversi indirizzi di studio ha determinato, forse per una necessaria ricerca di identità, un irrigidimento dottrinale responsabile delle successive scissioni e controversie.

Il presente ed il futuro della psicologia dinamica sembra invece indirizzarsi verso un processo di confrontazione critica comportante una più oggettiva valutazione ed una maggiore compatibilità tra i contributi offerti dalle varie scuole.

L'evoluzione in questo senso, che sarebbe erroneo considerare una graduale integrazione e da non confondersi con uno sterile ed illusoriamente rassicurante eclettismo, si evidenzia nelle revisioni e nelle nuove formulazioni che caratterizzano la tecnica ed avvicinano la pratica metodologica delle principali correnti dottrinali. Così si assiste: da parte freudiana all'introduzione del « sé » ed al riconoscimento della « partecipazione » ai fini terapeutici, nel movimento junghiano ad una più ampia valutazione della coscienza e ad un incremento nell'uso dell'interpretazione integrata all'intuizione immediata, negli adleriani ad un maggior rilievo e ad un perfezionamento dell'analisi del transfert e del controtransfert.

Sul piano dell'esperienza clinica, l'incontro con pazienti eterogenei per tipologia, età e problematiche, l'estendersi delle indicazioni della psicoterapia all'infanzia, adolescenza, disturbi psicosomatici, psicosi, ecc. (fenomeno indotto sia dal già citato processo di maturazione scientifica che dal concomitante aumento delle domande di intervento) pongono lo psicoterapeuta analitico di fronte ad aspettative e prospettive talora contraddittorie.

Infatti accade oggi che un analista che non voglia limitare il suo intervento e la sua disponibilità unicamente ad una ristretta categoria di pazienti, peraltro difficilmente selezionabili fin dall'inizio, si trovi di fronte a richieste sia di migliore adattamento alla realtà, sia di attenuazione e risoluzione della sintomatologia, sia di revisione e modificazione strutturale della personalità globale (2).

Ciò può determinare, nella prassi psicoterapeutica, la configurazione da un lato di mete e di rapporti propriamente terapeutici e dall'altro di obiettivi e registri relazionali effettivamente maturativi.

Questa bipolarità, rappresentata descrittivamente in due stadi senza

(2) A. Adler fin dall'inizio non ha limitato il suo interessamento alla cura di una ristretta cerchia di pazienti e di patologie ma, estendendolo a più vaste tematiche, ha gettato gli spunti per il trattamento di soggetti di età, condizioni socio-economiche e problematiche diverse. La psicologia individuale ha dato così l'avvio alla moderna medicina psicosomatica, alla psicologia sociale, all'impostazione sociale dell'Igiene mentale, alla psicoterapia di gruppo, ecc.

precisi confini temporali (in quanto si sovrappongono l'uno all'altro), costituisce, secondo gli autori, *l'ambiguità strutturale della psicoterapia analitica*.

Nello stadio terapeutico, dominato dai fenomeni transferali e dalla resistenza ed in cui si utilizza l'interpretazione causale, si attua un rapporto asimmetrico (corrispondente ad una modalità relazionale di tipo fusionale od appropriativo) (3).

In esso, poi, la presa di coscienza promossa dall'interpretazione e l'esperienza di una genuina disponibilità all'ascolto, di un partecipe interessamento (controtransfert positivo responsabilizzato) permettono per lo più, con la remissione dei sintomi, il raggiungimento di una stabilità adattiva. Nonostante a questo punto, proprio a causa del miglioramento, molte psicoterapie effettivamente terminino, il conseguimento della mèta terapeutica rappresenta, per la psicologia dinamica, il preludio alla costituzione soggettiva dell'identità attraverso un processo autenticamente trasformativo.

In questo secondo stadio, in cui ci si dispone al raggiungimento di un traguardo situato nella dimensione del possibile e dell'incertezza, si attua invece un rapporto sempre più simmetrico e paritario (modalità relazionale dialettica): in esso la dinamica transferale e controtransferale diventa particolarmente complessa.

È l'inizio di un processo trasformativo, un momento di passaggio in cui occorre che entrambi, analista e paziente, si dispongano al distacco dalla rigidità del proprio schema di riferimento, tollerando il rischio del sentimento di inadeguatezza emergente nella situazione nuova. Co-nascersi diventa un co-nascere (nascere insieme) che evoca il sentimento di inferiorità primaria, ontologica.

Così il rapporto terapeuta - paziente si trasforma in una relazione intersoggettuale tra « analizzato » e « analizzando », in cui l'analista, avendo già sperimentato, nel processo di emancipazione personale, il distacco da precedenti condizionamenti che ostacolano il suo ruolo (attraverso la revisione del proprio stile di vita), diventa colui che garantisce che questo inizio si sviluppi come una svolta, un passaggio a nuovi statuti di sé, alla creazione di propri spazi, tempi e relazioni. Contemporaneamente egli si propone come il partecipe, incoraggiante e solidale soccorritore del rischio e della sofferenza di un vivere nuovo.

Ma ciò può anche non avvenire: infatti l'ambiguità strutturale della psicoterapia analitica cui abbiamo accennato, non assunta a consapevolezza, può determinare una cristallizzazione del rapporto transferale e controtransferale che si manifesta secondo particolari registri relazionali. Tra questi

(3) Confronta: « La psicoterapia analitica adleriana come indagine e revisione di modalità relazionali, nella prospettiva del recupero del sentimento sociale » (Accomazzo, Fulcheri) in cui si propone la rilettura di tre concetti della psicologia individuale in un'ottica relazionale. Così il sentimento di inferiorità e la lotta per la superiorità sono riferibili a modalità relazionali di tipo fusionale (richiesta della soddisfazione dei bisogni) od appropriativa (appagamento dei desideri), mentre il sentimento sociale corrisponde ad una modalità dialettica del rapporto Io-Altro.

evidenziamo quello dell'insegnamento - apprendimento, quello circolare del « sono come tu mi vuoi » ed infine quello della comunanza (essere elitariamente insieme).

In questa eventualità l'analista diventa il gestore burocratico di un rito che allude ad un passaggio possibile ma al tempo stesso lo nega: non vi è così la possibilità di trasformazione, bensì la perpetuazione di momenti conservativi (4).

Noi riteniamo che possano rientrare in questo ambito, come meccanismi di assicurazione legati alla non tolleranza, da parte del terapeuta, del riemergente senso di inadeguatezza proprio di ogni situazione di passaggio: l'attaccamento rigido e formale alle ortodossie (quando sottendono una immagine onnipotente dell'analista), — la necessità di linguaggi istituzionali (il sapere - saputo contrapposto al sapere - sapore della scoperta) — l'ancoramento alle procedure o la continua introduzione e ricerca di nuove sottotecniche (5).

La psicologia individuale non ha mai rifiutato aprioristicamente il confronto con il punto di vista di studiosi di altre scuole, ritenendoli anzi validi contributi alla comprensione della vita psichica o almeno ad aspetti parziali di essa, pur evitando la confusione dell'eclettismo e la sterilità del sincretismo.

Riteniamo pertanto che la psicologia individuale, proponendosi come modello aperto, garantisca che la psicoterapia analitica adleriana, anche se diretta verso la malattia dell'individuo, superi i confini della semplice cura per divenire punto di partenza per un creativo approfondimento ed una effettiva revisione della personalità.

(4) Richiamiamo, a questo proposito, l'attenzione sul problema dell'analisi interminabile. E' noto come Freud abbia posto l'accento sulla resistenza del paziente che « non consente che si produca alcun mutamento, tutto rimane così com'era » e soltanto più recentemente si sia affrontato il problema della « resistenzialità » del terapeuta. In chiave adleriana l'analisi interminabile può essere riferita ad un processo in cui intervengono entrambi questi aspetti secondo una dinamica di reciproca finzione rafforzata.

(5) Alcune scuole psicoterapeutiche hanno attualmente avallato l'utilizzazione di vari interventi pragmatici (ipnosi, training autogeno, tecniche comportamentistiche, ecc.). Si vuole sottolineare come tali procedimenti tendano alla stabilizzazione di un rapporto asimmetrico che può favorire una cristallizzazione della relazione transferale e controtransferale e quindi ostacolare l'apertura a momenti effettivamente trasformativi.

BIBLIOGRAFIA

- 1) ACCOMAZZO R., FULCHERI M.: « La psicoterapia analitica adleriana come indagine e revisione di modalità relazionali nella prospettiva del recupero del sentimento sociale ». Atti dal XIV Congresso della Società Italiana di Psicoterapia Medica - Firenze, 1980.
- 2) ACCOMAZZO R.: « Osservazioni e ipotesi interpretative in tema di frigidità adolescenziale » - Rivista di Psicologia Individuale (anno 7 N. 10), 1979.
- 3) ADLER A.: « Il temperamento nervoso » - Newton Compton, Roma, 1971.
- 4) ADLER A.: « Psicologia individuale e conoscenza dell'uomo » - Newton Compton, Roma, 1975.
- 5) ANSBACHER H. L. e ANSBACHER R. R.: « The individual psychology of Alfred Adler » - Basic Books, New York, 1956.
- 6) BALINT M.: « L'analisi didattica: chi psicoanalizzerà gli psicoanalisti? » - Guarnaldi, 1974.
- 7) BAZZI T.: « Psicoterapie non analitiche » in « La psicoterapia oggi » (Tedeschi e coll.) - Il Pensiero Scientifico, Roma, 1975.
- 8) CORSINI R. e Coll.: « Current personality theories » - F. E. Peacock Publishers Inc., Itaca, Illinois, 1977.
- 9) DINKMEYER D., DREIKURS R.: « Il processo di incoraggiamento » - Giunti e Barberia, Firenze, 1974.
- 10) ELLENBERGER H. T.: « La scoperta dell'inconscio » - Boringhieri, Torino, 1971.
- 11) FARBAIRN W. R. D.: « Una completa teoria delle relazioni oggettuali della personalità ed interazione umana » (Guntrip H.) - Boringhieri, Torino, 1977.
- 12) FREUD S.: « Analisi terminabili e interminabili » - Boringhieri, Torino, 1977.
- 13) FULCHERI M.: « La psicologia individuale e gli anziani » - Rivista di Psicologia Individuale, Anno 8 N. 13, 1980.
- 14) GADDINI E.: « Ricerca, controversie ed evoluzione della tecnica terapeutica in psicoanalisi » in « La psicoterapia oggi » (Tedeschi e Coll.) - Il Pensiero scientifico, Roma, 1975.
- 15) LANGS R.: « La tecnica della psicoterapia psicoanalitica » - Boringhieri, Torino, 1979.
- 16) MORENO M.: « Tendenze attuali della psicologia analitica » in « La psicoterapia oggi » (Tedeschi e Coll.) - Il pensiero scientifico, Roma, 1975.
- 17) NAPOLITANI D.: « Le posizioni relazionali nel gruppo in rapporto agli investimenti narcisisti ed oggettuali » in « Therapy in psychosomatic medicine ». Atti 3° Congresso Mondiale ICPM, Roma, 1975.
- 18) PARENTI F., PAGANI P. L.: « Protesta in grigio - Nel labirinto della depressione » - Editoriale Nuova, Milano, 1980.
- 19) PARENTI F., ROVERA G. G., PAGANI P. L., CASTELLO F.: « Dizionario ragionato di psicologia individuale » - Cortina, Milano, 1975.
- 20) RESNIK S.: « Il self, la relazione con l'altro ed il problema dell'essere in psicoanalisi » in « Psicosi e linguaggio » - Tersilio.
- 21) ROVERA G. G. e Coll.: « Individual-Psicologia, Antropologia Culturale e Transculturismo » - Rivista di Psicologia Individuale, Anno 6, N. 9, settembre 1978.

- 22) ROVERA G. G.: « La individual-psicologia: un modello aperto » - Rivista di Psicologia Individuale (Anni 4-5), N. 6-7, 1977.
- 23) SCHAFFER H.: « La psychologie d'Adler » - Masson, Parigi, 1976.
- 24) TEDESCHI G.: « Elementi di psichiatria dinamica » - Il Pensiero Scientifico, Roma, 1974.
- 25) TEDESCHI G.: « Prospettive della moderna psicoterapia » in « La psicoterapia oggi » - Il Pensiero Scientifico, Roma, 1975.
- 26) WINNICOTT D. W.: « Gioco e realtà » - Ed. Armando, Roma, 1974.
- 27) WOLMAN B. L. e Coll.: « Manuale delle tecniche psicoanalitiche e psicoterapeutiche » - Astrolabio, Roma, 1974.

LUCIANO VIANA

ORIENTAMENTO SELETTIVO PER UNA TERAPIA DI COPPIA ANALITICA E DI LINEA ADLERIANA

Per iniziare una terapia analitica di coppia, è necessario che esista una reale richiesta di ambedue i partners affinché vengano affrontati atteggiamenti reciproci insoddisfacenti, comportamenti stereotipati, problemi conflittuali o una relazione comunque connotata da aspetti patologici. Ci deve essere cioè, nei due partners, un desiderio che li accomuni: migliorare insieme la loro relazione, porre rimedio alle loro difficoltà consultando uno psicoterapeuta per un intervento rivolto ai due membri della coppia.

A volte, anche se non vi è consapevole e diretta richiesta di terapia di coppia, è consigliabile cercare di coinvolgere il partner del soggetto in terapia: infatti l'esperienza indica che un conflitto raramente è provocato da una parte sola; normalmente i comportamenti e le tendenze di un partner provocano e mantengono il disturbo nell'altro. In alcuni casi la relazione poggia sulla « malattia » di uno dei due e risolvere in un trattamento singolo i disturbi del « malato », può comportare l'insorgenza di corrispondenti disturbi nel soggetto presunto « sano ».

È importante allora cercare di coinvolgere il partner nella terapia proprio perché esiste come un ingranaggio di atteggiamenti antagonisti, tra essi legati, che strutturano una pseudo-relazione. Il coinvolgimento del coniuge facilita così il suo adattamento all'evoluzione del paziente e favorisce una presa di coscienza della propria implicazione nella nevrosi dell'altro.

Si può capire quindi che, anche quando la terapia di coppia nasce dalla richiesta e dall'apparente problematica di uno solo dei partners, si propone obiettivi che riguardano entrambi i membri della coppia. Sarebbe d'altra parte poco indicato e fonte di conflittualità richiedere ad uno dei due partners di entrare in analisi al solo servizio dell'altro, specie cercando di sottolineare sue manifestazioni di devianza: in questo modo potrebbero scaturire, in quest'ultimo, sentimenti di frustrazione seguiti da aggressività reattiva o invece da sensi di colpa.

Se solo un membro della coppia entra in analisi possono avvenire, come già accennato, reazioni e scompensi nel partner. La situazione più frequentemente osservata in questi casi è costituita dallo scompenso depressivo. Ciò avviene perché il coniuge si sente sempre più marginalizzato nella relazione e oggetto di minore desiderio. Questi sentimenti di svalorizzazione, accompagnati sempre da notevole ansia, non sono altro che

l'espressione di una ferita narcisistica profonda.

In altri casi emerge con intensità il fenomeno della gelosia con reazioni aggressive passionali fino allora mantenute latenti nel profondo della personalità.

In altre strutture lo scompenso si evidenzia con comportamenti nevrotici fino allora ben compensati che sono riacutizzati dal risveglio di un'angoscia fino allora facilmente controllata mediante meccanismi nevrotici di compenso efficaci anche se poco evidenti.

Questi scompensi restano, in molti casi, di lieve entità, ma è raro che non compaia una reazione del partner nel momento decisivo della terapia dell'altro membro della coppia.

Ho spesso notato che esiste come un meccanismo di regolazione retroattiva, che ha come compito di mantenere la situazione esistente: quando il paziente mostra un progresso, il coniuge reagisce per riportarlo nell'atteggiamento precedente.

Proprio allo scopo di evitare tali scompensi sarebbe spesso indicata o una terapia di coppia o almeno un coinvolgimento del coniuge in più sedute individuali e congiunte.

L'intervento congiunto viene posto sovente in difficoltà dalle differenze delle richieste dei partners che desiderano attenzioni individualizzate e dalla necessità di distribuire gratificazioni ad ambedue i componenti la coppia, affinché non credano che si prenda le parti di uno solo di essi, eventualità che potrebbe causare una interruzione prematura della psicoterapia.

Occorre che lo psicoterapeuta sia dotato di grandi capacità funamboliche, eclettiche, e di controllo delle proprie tensioni contro - transferenziali, per affrontare alcune tempestose sedute di coppia.

Il conflitto di relazione, quando viene dai partners, degenera spesso in competizione reciproca per dimostrare che è l'altro il vero responsabile di quanto avviene. Così facendo, ognuno si protegge dal suo senso di colpa, spesso presente anche se scarsamente avvertito, che, mediante una costante attività proiettiva, protegge la « normalità » e il ruolo del soggetto, evitandogli ogni responsabilità nel conflitto in modo da non essere dichiarato portatore di problemi.

Può accadere che un membro della coppia, nelle sedute congiunte, scateni la propria aggressività verbale o direttamente o mascherandola con interpretazioni selvagge.

Altre difficoltà possono crearsi nei casi in cui si realizzano dei rapporti più intensi transferenziali o contro-transferenziali nella relazione terapeutica, con uno solo dei clienti, rapporti la cui organizzazione troppo stabile potrebbe ostacolare l'evoluzione analitica dell'altro partner.

Un fenomeno che può inattivare la terapia di coppia nella modalità a tre è rappresentato dall'inibizione di uno o di entrambi i partners. In tale caso la conflittualità aperta è accuratamente evitata da uno o da entrambi i pazienti che di conseguenza si sottraggono in tal modo all'impegno di proiettare e di fornire comunque elementi veramente analitici.

Si tengano presenti altresì le vere controindicazioni delle sedute congiunte, come l'esistenza di relazioni extraconiugali o vecchi disturbi di

comportamento o altri segreti che non si vuole siano conosciuti dal partner, oppure quando esistono disturbi di ordine psichiatrico come nei deliri di gelosia o più in generale quando esistono passioni o desideri violenti in un partner, o quando l'autocritica è assente, o negli stati depressivi, ecc.

Per ovviare a tali inconvenienti propongo di utilizzare le indicazioni ed i benefici della terapia individuale, sommati a quelli della terapia congiunta, alternando cicli contemporanei di sedute analitiche individuali per ciascuno dei due partners, intercalate da sedute a tre in cui si affrontano, con una preparazione preliminare, obiettivi di superamento dei conflitti reciproci e di relazione, facilitando la comunicazione tra i coniugi e favorendo l'espressione verbale dei sentimenti e l'atteggiamento di ascolto.

Le sedute analitiche individuali, oltre ad avvalersi delle tecniche classiche di indagine (l'anamnesi, l'esame della costellazione familiare e dei primi ricordi, le associazioni libere, i sogni, lo sviluppo delle indicazioni tratte dai tests proiettivi, ecc...) utilizzano le conseguenti interpretazioni psicodinamiche per affrontare anche l'aspetto di relazione col partner e preparare insieme le sedute congiunte che vengono programmate non certo nel contenuto da affrontare ma nella modalità di comunicazione.

L'avere già discusso individualmente con l'analista le possibili interferenze negative della successiva seduta a tre consente, in una percentuale non trascurabile di casi, la loro prevenzione.

Pur essendo necessario salvare la imprevedibilità degli apporti, tipica dell'analisi, è possibile, in particolari sedute a tre, quando se ne presenta la necessità, anche la trattazione mirata di certi temi.

È altresì indispensabile allenare i due partners nelle sedute individuali a provare comprensione anche per gli aspetti dello stile di vita dell'altro che non condividono.

Nelle sedute di trattamento congiunto il ruolo del terapeuta diventa molto delicato: egli deve partecipare profondamente all'intimità che si svela a lui e nello stesso tempo deve mantenere giusta distanza e libertà interiore nei confronti delle proprie reazioni affettive e delle proprie difese.

È importante quindi un rigoroso controllo delle proprie reazioni contro - trasferenziali, controllo reso difficile ed a volte sfiante dai numerosissimi conflitti cui si assiste, che possono coinvolgere il terapeuta, ampliare il suo sentimento di potenza e porlo, suo malgrado, in funzioni poco terapeutiche di giudice.

A volte, quando uno dei due partners non può sopportare il benché minimo accenno di interesse particolare del terapeuta nei confronti dell'altro, occorre osservare una rigorosa neutralità per evitare l'interruzione del trattamento.

La partecipazione affettiva che il cliente ha già sperimentato nella seduta singola è indispensabile sia vissuta anche nella seduta a tre: ciò offre particolari difficoltà al terapeuta perché le eccessive rigidità tecniche o anche le normali attenzioni per la problematica dell'altro possono essere sentite come rifiuto o come distanza eccessiva o peggio ancora come modifica strumentale e furbesca del proprio atteggiamento affettivo.

Occorre in tali casi rendere progressivamente consapevole il paziente dei suoi indirizzi di richiesta troppo narcisistici e quindi non atti a favorire un processo di compartecipazione emotiva col partner. In generale si deve evitare l'esercizio di frustrazioni sistematiche da parte dell'analista, che possono generare « compensazioni di vendetta » cosce o inconscie, rivolte verso l'analista, il partner o entrambi; pertanto il paziente deve essere costantemente allenato a elaborare correzioni autonome.

BIBLIOGRAFIA

- ACKERMAN N.W.: Patologia e terapia della vita familiare - Feltrinelli, Milano, 1970.
- ADLER A.: Il temperamento nervoso - Newton Compton, Roma, 1971.
- ADLER A.: Psicologia individuale e conoscenza dell'uomo. - Newton Compton, Roma, 1975.
- BION W.R.: Esperienze nei gruppi. - Armando Edit., Roma, 1971.
- BOSZORMENYI - NAGY I.: Psicoterapia intensiva della famiglia - Boringhieri, Torino, 1969.
- FOULKES S.A.: Analisi terapeutica di gruppo - Boringhieri, Torino, 1967.
- HORST - EBERHARD RICHTER: La famiglia come paziente - Bompiani, Milano, 1971.
- LAI G.: Gruppi di apprendimento - Boringhieri, Torino, 1975.
- LEMAIRE J.G.: La terapia di coppia - Cittadella Editrice, Assisi, 1975.
- LEMAIRE J.G.: Vita e morte della coppia - Cittadella Editrice, Assisi, 1981.
- ORGLER H.: Alfred Adler e la sua opera - Astrolabio, Roma, 1970.
- SCILLIGO P.: Dinamica dei gruppi - S.E.I., Torino, 1973.

GIANNINO PICELLO

IL SENSO DI COLPA

NELLA PERSONALITA' NEVROTICA:

TECNICA IMPLOSIVA E ANALISI ADLERIANA

La teoria adleriana è parte integrante dello stile di vita di Alfred Adler; non dogmatica, non chiesastica, coraggiosamente aperta, inevitabilmente in movimento di interazione con il contesto realtà, un sistema aperto quindi secondo le indicazioni di Von Bertalanffy nella Scienza dei Sistemi.

La definizione di sistema aperto consente di inserire, nella Individual-Psicologia, l'assunto teorico della Terapia Implosiva di Stampfl, stabilendo come simile premessa l'equazione sintomo = reazione di fuga.

Stampfl, nei suoi studi teorici e clinici di ricerca, ha cercato di individuare (dal 1957) la possibilità di integrazione tra la teoria dell'apprendimento e la psicologia dinamica (ad orientamento genericamente freudiano), elaborando nel 1968 la Terapia Implosiva. Partendo dalla teoria bifattoriale dell'apprendimento, e riferendosi alla differenziazione tra stimolo condizionato (C.S.) e stimolo incondizionato (U.C.S.), specifica che l'esperienza umana del condizionamento è nascosta, cioè sconosciuta, in termini dinamici inconscia; i sintomi nevrotici rappresentano lo stimolo incondizionato di allontanamento o reazione di fuga.

È una visione finalistica che consente un immediato passaggio alla Psicologia Individuale di Alfred Adler.

Nella Pratica clinica questo innesto mi è sembrato particolarmente proficuo per le personalità nevrotiche, caratterizzate da un rilievo del senso di colpa nel complesso di inferiorità e da una sintomatologia particolarmente disturbante.

Il paziente tipo è identificabile in quei soggetti che da bambini non furono mai soggetto - problema, in quanto precocemente e pressatamente scoraggiati da richieste di uniformarsi a seguire rigidi schemi etico - sociali, appartenenti al mondo adulto ed impropriamente acquisiti dall'io infantile. La loro volontà di potenza non ha potuto seguire un diretto ed esplicito piano affermativo, ma è stata compressa e trasformata in passiva accettazione delle norme sociali; ogni infrazione dovuta a spinte fisiologiche di affermazione infantile diviene una inferiorità - colpa; l'unica strategia accessibile nel continuum bambino - adulto (se non intervengono compensazioni positive) è la sintomatologia nevrotica, che garantisce uno spazio affermativo senza colpa.

Il trattamento di tali pazienti viene schematicamente distinto in due momenti: un primo intervento ad orientamento sintomatico con la terapia implosiva, ed in seguito, ma parzialmente sovrapposto in una fase di transizione, l'intervento più propriamente analitico, di interpretazione dello stile di vita.

I primi incontri con il paziente sono dedicati alla ricerca diagnostica; bisogna accertare se quella che è stata una intuizione dal primo approccio corrisponde alla realtà soggettiva di sofferenza con senso di colpa, per procedere alla Tecnica Implosiva, secondo i criteri di selezione prima citati, che delimitano il mio settore di utilizzo di tale tecnica.

La metodologia di indagine è il risultato di una sintesi, o meglio una interazione, tra la consueta fase diagnostica e la ricerca del « paradigma condizionante » di Stampfl; l'ipotesi interpretativa iniziale riguarda il rapporto creatosi tra complesso di inferiorità, nel non saper aderire alle richieste del mondo adulto, ed artificio nevrotico di allontanamento dal senso di colpa. Tale rapporto appartiene alla categoria dello stimolo nascosto condizionato di allontanamento.

Stampfl ha isolato alcune tematiche che compaiono con maggior frequenza come « stimolo nascosto »: aggressione, punizione, simboli orali, simboli anali, simboli sessuali, rifiuto o abbandono, mutilazioni o handicap fisici, perdita dell'autocontrollo, presa di coscienza o confessione di colpe, peccati, atti immorali, reattività del sistema nervoso autonomo e del sistema nervoso centrale.

Tramite la descrizione che il paziente fa di se stesso, della sua anamnesi, della sua famiglia, con l'ausilio del test di Rorschach e del T. A. T., e soprattutto con l'emergere dei primi ricordi, e sogni ricorrenti, si acquisiscono dati sufficienti per applicare la tecnica implosiva, che si basa essenzialmente sul principio della generalizzazione dell'estinzione, non sottoponendo alla comprensione o all'accettazione del soggetto alcuna ipotesi interpretativa.

Il terapeuta deve invece porre molta attenzione nel ricercare, selezionare ed identificare « le situazioni originarie traumatiche » responsabili dell'attuale patologia; esse saranno descritte al paziente, dopo aver stabilito la conseguenzialità cronologica nel presentarle, cercando di ben riprodurre e far rivivere la più intensa risposta emozionale allo stimolo - colpa; l'atteggiamento partecipante e non punitivo del terapeuta costituisce uno specifico non - rinforzo, capace di estinguere l'emozione angosciante del senso di colpa.

« La relazione transferenziale della terapia dinamica riproduce solo gli stimoli condizionati delle esperienze traumatiche primitive, così le risposte emozionali raggiungono l'estinzione (Salomon e Wynne citati da Stampfl) ».

Applicare la tecnica implosiva comporta una diversificazione della procedura consueta, ma non una contrapposizione al metodo adleriano. Vediamo infatti che l'atteggiamento che Adler richiede al terapeuta è « l'assunzione ritardata della funzione materna » circa la possibilità di sperimen-

tare la compartecipazione emotiva, e che Kurt Adler (1), tramite un primo ricordo emerso e rivissuto, determina un « forte impatto con un profondo insight emotivo, quando un sintomo o una struttura attuale del paziente vengono collegati con sintomi o con i loro precursori o con strutture proprie dell'infanzia ».

Sono similitudini concettuali e di tecniche dell'intervento terapeutico che esigono l'approfondimento di due concetti non citati ancora espressamente: il transfert ed il controtransfert. Il transfert è universalmente riconosciuto come indispensabile fattore di guarigione, il controtransfert è invece meno chiaro nel suo carattere di indispensabilità e la sua inevitabilità è sostituita da differenziazioni tra orientamento affettivo-emotivo particolarmente intenso e non intenso. Inevitabilità e indispensabilità sono invece da considerare con molta attenzione quando il soggetto da trattare è un nevrotico dalla coscienza tirannica ed inesorabile nel decretare la colpa, principale ostacolo ad una affermazione diretta e gratificante della realtà.

Lo strumento del controtransfert sembra embrionalmente compreso nel concetto di Menschenkenntnis. Si legge sulle pagine di tale opera: « Non si può comprendere un individuo senza farsi partecipe della sua situazione » e ancora « Conoscere il valore degli uomini sia mediante l'esperienza della propria inquietudine spirituale, sia partecipando a quella altrui... Pazienza, prudenza, attendere e guardare bene anche dentro se stessi ».

In tali affermazioni si può ravvisare un'anticipazione dell'efficacia delle tre variabili del terapeuta postulate da Rogers: stima positiva, comprensione empatica e congruenza, intesa come autenticità nell'integrazione.

Prescindendo dalle modalità di utilizzo nella terapia rogersiana, il loro valore è indubbio se esse sono ricercate, addestrate e collaudate nell'analisi del terapeuta stesso. « È un duro lavoro ed un intenso allenamento dell'intelligenza e delle emozioni ». Stimolante è, a tal proposito, l'immagine adleriana del « peccatore pentito, solo tipo di individuo che ha la vera conoscenza dell'uomo ... non eguagliabile dal giusto » (A. Adler).

L'analista durante la propria analisi sperimentale, nel riconoscimento dei suoi « peccati », la difficoltà di « salvarsi » dalle compensazioni negative, il coraggio di accettare « una linea di orientamento più consona alla vita di relazione ed alle prospettive di serenità e di felicità dell'esistenza » (A. Adler). Sembra che qui si ribadisca la necessità di un training analitico non da manuale o secondo una forma ideale e teorica di sviluppo psichico, ma centrato nell'accettazione della soggettività, mediante la conoscenza degli errori esistenziali e delle mete, e la necessità da parte dell'analista di porre tutto in faticoso ed ansiogeno movimento, tramite il suo didatta, in un clima di stima positiva, comprensione empatica e congruenza. Il vissuto di tali variabili, nella propria analisi, consente di somministrarle con dosi diversificate in funzione del soggetto e della sua patologia, e « nei casi in cui un analista non può empatizzare con un paziente è meglio

(1) « Manuale delle tecniche psicoanalitiche e psicoterapeutiche » a cura di B. L. Wolman, Astrolabio, Roma, 1974.

mandarlo da un altro terapeuta » (K. Adler da Wolman, op. cit.).

Ritornando alla peculiarità del nevrotico - con - colpa, le prime interpretazioni sono veicolate da intuizioni o « l'arte di congetturare ipotesi », e da empatia, tramite l'interazione terapeutica tra la tecnica implosiva e l'analisi adleriana, deresponsabilizzando il paziente dalla soggettività sentita troppo illogica ed incomprensibile, delegata alla conoscenza ed alla comprensione del terapeuta.

Successivamente, quando sono stati raggiunti i primi risultati di riduzione dell'angoscia - per - colpa, si associa alla tecnica implosiva la fase di confronto con il paziente sulla interpretazione, secondo l'ottica finalistica che mette a nudo la motivazione dinamica del senso di colpa e gli artifici di compensazione.

Il linguaggio sintomatico perde così gradatamente il suo valore di denuncia, non è più indispensabile per la volontà di potenza che intravede spazi di affermazione, alternativi all'artificio e più gratificanti, potenzialmente inseriti nel contesto sociale.

Il primo obiettivo proposto, cioè quello sintomatico, è così raggiunto, esso è temporaneo, con alti rischi di ricaduta se la terapia è interrotta, ma accelera i tempi, consolida la fiducia nel terapeuta, ed il campo sgombrato dal peso sintomatico consente un più proficuo intervento analitico. È infatti l'analisi propriamente detta, l'obiettivo finale; essa sarà condotta secondo la metodologia adleriana, inserendo un più esplicito riferimento al controtransfert, che dovrà essere fornito in modo trasparente durante l'analisi.

La trasparenza o genuina immediatezza ci riporta al problema della « tattica del palesare quanto si è appreso sulla vita spichica di un uomo » (A. Adler), senza d'altra parte quella ipocrisia professionale o distanza, da Adler sempre deprecata.

Interrogativi stimolanti, attinenti tale problematica, ho potuto acquisire da una lettura critica sugli esperimenti tecnico - teorici di Ferenczi nel suo concetto di « analisi attiva » quando l'autore si prefiggeva osservazioni accurate e conoscenze precise, per sviluppare con i pazienti un'empatia sicura, che mettesse in grado di intervenire, nel trattamento, al momento giusto. Il metodo, però, non produsse i risultati attesi; la fase successiva non negando nulla delle esperienze precedenti, focalizzò l'attenzione sull'assicurare che tensione o dispiacere, nella situazione analitica, non superassero mai il livello che il paziente, con la sua presente struttura dell'Io, con tutti i suoi conflitti nevrotici e con le sue cicatrici traumatiche, poteva tollerare senza correre rischi. Ferenczi pensava che avrebbe potuto raggiungere tale stato con un particolare tipo di pazienza, gentilezza o addirittura indulgenza; nell'ultimo scritto pubblicato egli descrive due dei molteplici fattori determinanti il suo particolare tipo di pazienza e indulgenza come l'assoluta onestà e sincerità.

I problemi sollevati da Ferenczi destano un interesse sempre maggiore e non sono stati ancora definitivamente risolti.

Anche la teoria horneyana ha stimolato riflessioni utili all'economia di questo mio elaborato, in particolare modo « la persona dell'analista come

strumento terapeutico », concetto ribadito anche dall'Ellenberger. Per Karen Horney le esperienze che l'analista fa durante la propria analisi lo rendono consapevole della sua forza e dei suoi limiti, potendo riconoscere e comprendere le proprie risposte emozionali, sensoriali ed anche le indicative risposte neurovegetative.

Con tali esperienze personali l'analista sarà necessariamente più efficace nel riconoscere le risposte del paziente, e acquisirà una maggiore sensibilità nello scegliere i momenti per stimolare il processo di trasformazione terapeutica. « La comprensione del paziente è la base di tutte le tecniche ». È una comprensione molto Adleriana: « un movimento di energie emotive ed intellettuali, un processo umano e sociale specifico ».

Il processo analitico si specifica con sempre maggiore chiarezza, come una palestra di addestramento alla compartecipazione emotiva; « per il paziente la terapia è un problema sociale, come ogni incontro tra una persona ed un'altra » (Ansbacher).

Il sentimento sociale potrà così consolidarsi in una ricerca di equilibrio con la volontà di potenza, durante la difficile fase di ricostruzione dello stile di vita.

« Dalla conoscenza dell'animo deriva quindi l'immediato compito di spezzare gli schemi mentali che impediscono ad un individuo di adeguarsi alla vita, di togliersi le false prospettive, che lo fanno fuorviare, e di offrirgli un'altra linea di orientamento più consona alla sua vita di relazione ed alle prospettive di serenità e di felicità della sua esistenza » (A. Adler).

GIORGIO OMODEO SALE'

ANGOSCIA COME LIMITE EDUCATIVO IMPLICAZIONI PSICOTERAPEUTICHE

« Gli stati d'angoscia non sono provocati dalla masturbazione, come da nessuna altra forma di soddisfacimento ... L'angoscia corrisponde dunque ad un ardente desiderio rimosso, ma non è più la stessa cosa ... Un desiderio si può tramutare completamente in soddisfacimento se gli si procura l'oggetto desiderato, nell'angoscia questa terapia è inefficace ». Sono alcuni tentativi del primo Freud, quello dei « casi », quello più attento alla clinica, per spiegare e spiegarsi il significato dell'angoscia; non sono certo sforzi coronati da successo, pure ci suggeriscono dei punti di riflessione per costruirci da noi, aderendo alla clinica, una definizione soddisfacente e operativa dell'angoscia.

Mi sembra che Freud si imprigioni da solo, legando la propria ricerca al desiderio e non rivolgendosi alle conseguenze dei rapporti fra il desiderio e le comunicazioni con l'ambiente. Eppure è proprio dalla relazione con l'ambiente, dagli sviluppi, dai ridimensionamenti, dalle ritorzioni che il nostro desiderio di potere subisce nelle comunicazioni, che tutti noi avvertiamo, delle sensazioni che hanno qualcosa a che fare con quell'idea di riduzione primaria la cui attesa, imprevedibile nella durata e negli esiti, possiamo identificare con l'angoscia. Non è certo possibile eliminare quest'idea di riduzione primaria come non è possibile eliminare la paura, tuttavia quanto meglio orientata e più ricca di dati sarà la nostra capacità prospettica, tanto meno imprevedibile nella durata e negli esiti, tanto più definita e tranquilla sarà l'attesa. A questo fine l'educazione, sperimentale e teorica, la conoscenza di una legge chiara e l'addestramento a obbedirla e a trasgredirla contano certamente parecchio.

Poiché ci siamo permessi di dare una definizione dell'angoscia, il nostro peccato di immodestia non sarà accresciuto se faremo seguire una definizione, analoga, di nevrosi.

Come per Clausewitz la guerra è la prosecuzione della diplomazia dei momenti di crisi, per stabilire nuovi rapporti di potere e concludere nuovi patti tra nazioni, così possiamo definire la nevrosi come la prosecuzione dei processi di adattamento all'ambiente nei momenti di crisi, per stabilire nuovi rapporti di potere e concludere nuovi patti con i componenti dell'ambiente sociale.

In questa prospettiva la nevrosi è dunque fisiologica: particolarmente, ma non solo, nel periodo infantile dobbiamo mettere in preventivo adattamenti ambientali tanto bruschi e importanti da provocare periodi di crisi in cui, in assenza di norme educative sufficienti, compare l'angoscia e il sog-

getto, bambino o adulto che sia, deve cercarsi da solo nuove leggi che governino i rapporti di potere con l'ambiente, regolando al buio le distanze, giocando d'azzardo, imparando dall'esperienza brutta e spesso imparando cose sbagliate da esperienze sbagliate.

Torniamo ancora all'angoscia. Vediamo di pensarci in termini dinamici: l'angoscia, che ho definito come il ripetersi dell'attesa di una riduzione primaria (tipo il primo respiro, il cambiamento di una fonte di nutrimento, per intenderci) è anche un limite. Come la paura, mettendoci in contatto con qualcosa che ha a che fare con la morte, limita i nostri rischi, ci fa cambiare direzione e ci salva la vita (gli animali evitano il vuoto) così l'angoscia, mettendoci in contatto con una sensazione di incontrollabilità, di impotenza, ci mostra il limite del sistema di leggi su cui basiamo la nostra sicurezza, ce ne impone una revisione, che ci permette così di adattarci a un ambiente che muta.

Si può dire che, quando prima parlavo di adattamenti bruschi e importanti che provocano periodi di crisi in cui, in assenza di norme sufficienti, compare l'angoscia, esprimevo un concetto dello svilupparsi perenne di rapporti sempre nuovi fra l'individuo e l'ambiente; l'angoscia c'è sempre e, liberatici dalla responsabilità fittizia di eliminarla, possiamo pensare più concretamente a come diminuirla. Riprendendo il concetto fittizio di prima, poiché non dipende da noi l'esistenza di adattamenti bruschi o importanti, il nostro problema diventa, semplicemente, abbreviare per quanto possibile l'intervallo esistente tra le vecchie norme, di cui l'angoscia mostra i limiti, e le nuove che dobbiamo costruire. È facile capire che, poiché questo processo di trasformazione del sistema di leggi che regolano la nostra sicurezza è sempre in movimento, tanto più ridotto sarà l'intervallo tra il vecchio codice ed il nuovo che poi diventerà a sua volta il vecchio, quanto più chiare, elastiche, utilitaristiche saranno le norme che li compongono. Elasticità e pragmatismo sono infatti garanti di una veloce e quindi meno angosciata sostituibilità, mentre la chiarezza della norma rende più evidenti i suoi limiti e abbrevia quindi, evitando la panne dell'ambiguità, il tempo di costruzione della norma sostitutiva.

Siamo dunque alle prese con un problema educativo; ci stiamo occupando della nascita della nevrosi da un punto di vista educativo. Certo la nevrosi è una montagna che si può scalare da molti versanti, tuttavia mi sembra difficilmente contestabile che l'angoscia che compare nei momenti di crisi dei processi di adattamento all'ambiente sia la madre dei comportamenti nevrotici, proprio perché rende questi processi di adattamento particolarmente frettolosi e anti-economici, finalizzandoli più a un utile immediato e fittizio (l'evitamento delle sensazioni spiacevoli che l'angoscia evoca), che allo stabilire con l'ambiente rapporti durevoli e rassicuranti. Basta pensare, per fare un esempio concreto, a un tratto caratteristico del comportamento dell'isterico che, vivendo angosciosamente la paura di essere rifiutato, si fa accettare superficialmente ma subito con la sua teatralità, sacrificando magari la possibilità di un'accettazione più profonda e più soddisfacente per la sua esigenza di sicurezza.

Il guardare alle nevrosi dal punto di vista educativo, sottolineando

come gli spazi lasciati vuoti dalle ambiguità, incompletezze, rigidità dell'educazione vengono occupati prima dall'angoscia e dopo, presto e male, dai processi di adattamento nevrotici, ci propone un riesame del ruolo psicoterapico che tenga conto di questo differente angolo di osservazione.

Se il terapeuta vuole occuparsi degli errori educativi che contribuiscono allo sviluppo di una patologia nevrotica, è dunque suo compito rieducare, sostituire cioè, per quanto è possibile, nuove e più utili norme a quelle vecchie che hanno la loro origine negli spazi lasciati all'angoscia e nei conseguenti processi di adattamento nevrotici. Accettando tale ruolo si propone al terapeuta un compito innanzitutto, senza il quale gli altri non sono che accademia: ricostruire, nell'ambito del rapporto, un clima interpersonale tale che la nuova impostazione normativa possa attecchire con vigore almeno di un po' superiore a quello con il quale la vecchia e nevrotizzante rimane abbarbicata alla personalità del paziente.

Dobbiamo qui tener conto che le vecchie leggi, nate dalla nevrosi e motivo di essa, pur se indebolite dagli anni e dalle sofferenze che hanno procurato, sono state cementate con il mastice dell'empatia; nell'accettazione come nel rifiuto esse si rifanno a un insegnamento molto vecchio fatto dai genitori e dalle persone più significative dell'infanzia, e non solo con le parole, ma con i toni, la mimica, i linguaggi non verbali che oggi tanto spesso trascuriamo. La possibilità di rivivere in seduta quelle situazioni, o meglio la loro copia, il trasferimento dal là e allora al qui e ora, non vanno intesi quindi come una formula magica che tutto consente, ma come un terreno di coltura da preservare ad ogni costo perché l'unico che possa consentire lo sviluppo non solo superficiale di nuove norme che si sostituiscano alle vecchie, nate dalla nevrosi e motivo di essa.

Se chiamiamo « aperto » un transfert in cui è possibile essere educatori, la sopravvivenza di una situazione di transfert aperto, anche molto debole, diventa quindi l'esigenza prioritaria della terapia anche nei confronti dell'interpretazione. Se la terapia è rieducazione, e il transfert aperto l'unico terreno in cui la rieducazione attecchisce non solo superficialmente, e l'analisi del transfert un pericolo per la sopravvivenza del transfert stesso, noi non comunicheremo l'interpretazione: ci occuperemo di transfert collaterali, di sogni, ma non correremo il rischio di analizzare le difese prima che siano state superate.

L'esigenza fondamentale della terapia, cui tutto si subordina, è dunque di ricreare, allo scopo di rieducare, e di sforzarsi di mantenere *una situazione comunicativa sufficientemente importante sotto l'aspetto empatico, da superare almeno di un poco il peso della vecchia situazione educativa, ridotto delle sofferenze ad essa imputabili e che il paziente sa ad essa ricondurre*; se ciò non avviene, non è economico per il paziente accettare nuove norme e dunque il paziente non lo farà.

Mi pongo ora, come secondo quesito, se sia possibile dare un'impostazione generale, valida per tutti, alle nuove norme che il terapeuta deve proporre.

È certo che in ogni caso fa storia a sé, che, in ogni catena educativa, diversa è la porzione che si deve e si può sostituire; tuttavia credo che la

caratteristica dell'elasticità, della non sacralità, della convenienza della norma sia assimilabile come caratteristica universalmente sana. Ritengo che la diminuzione delle sofferenze nevrotiche derivanti dall'obbedienza a una norma vada di pari passo con l'aumento della consapevolezza che la norma vale tanto quanto è utile, con l'acquisizione, cioè, di una coscienza pragmatica della legge. Nella varietà dei casi, nella molteplicità degli stili di vita, compito del terapeuta è dunque spingere quanto possibile la rieducazione in questa direzione. Una legge che governi i rapporti sociali con meno fantasmi è insieme il prodotto di un clima educativo di minor angoscia e la premessa per comunicazioni più serene e consistenti.

BIBLIOGRAFIA

- FREUD S.: « Il caso del piccolo Hans » - Boringhieri, 1976.
FREUD S.: « Tre saggi sulla sessualità » - Dall'Olio, 1975.
ADLER A.: « Il temperamento nervoso » - Newton Compton, 1971.
ADLER A.: « Psicologia individuale e conoscenza dell'uomo » - Newton Compton, 1975.
ADLER A.: « Prassi e teoria della psicologia individuale » - Newton Compton, 1972.
ADLER A.: « Psicologia dell'educazione » - Newton Compton, 1973.
ROVERA G. G.: « Psicoterapia e cultura: prospettive su base adleriana » - Editore Il Pensiero Scientifico, 1976.
SULLIVAN H. S.: « La moderna concezione della psichiatria » - Feltrinelli, 1971.
SULLIVAN H. S.: « Teoria interpersonale della psichiatria » - Feltrinelli, 1962.

SECONDO FASSINO, ANDREA FERRERO

A PROPOSITO DELL'IDENTIFICAZIONE TRANS-INDIVIDUALE AL SERVIZIO DELL'AGENTE TERAPEUTICO

A) È noto come, per comprendere la natura del sintomo in psichiatria, occorra aver presente la sua intrinseca componente semiotica o simbolica.

Il sintomo viene inteso quindi come segnale-simbolo che ha lo scopo di informare « qualcuno significativo » di qualcosa inconsciamente desiderato o temuto (significato - contenuto latente) in una forma espressiva mascherata esteriorizzata (significante manifesto) per modificare vantaggiosamente le relazioni oggettuali e l'integrazione del proprio sé (Kaplan).

Nella formazione dei sintomi verrebbe mobilitata una elettività inconscia, la quale determinerebbe il tipo di configurazione simbolica e la sua localizzazione in base a diversi fattori (Laughlin): questa attività elettiva potrebbe tener conto dell'estrema varietà sintomatologica.

Il sintomo inteso quindi come « invito al significante ». Per Adler si possono distinguere due livelli di significato. Un primo livello, generale, è da riferire al senso che l'individuo dà al proprio progetto esistenziale in rapporto ai parametri del lavoro, dell'amicizia e dell'amore: un secondo livello invece è più particolarmente riferito al senso stretto che vengono ad acquisire oggetti e situazioni. A questo secondo livello si colloca specificamente la dimensione del simbolico. Il modo di interpretare la realtà e il significato « per me — qui — ora », di ogni cosa che può agire come significante, sono informati, come una parte rispetto al tutto, dal significato e dalle dinamiche inconsce che sottendono il fine ultimo, il progetto ed in definitiva lo stile di vita dell'individuo (Maiullari, Fassino).

Se le interazioni simboliche mediano le connessioni dei rapporti interpersonali dalle quali emerge il sé individuale (Rovera), la coscienza individuale, per Adler anche frutto di espressione della società, viene intesa come capacità di rappresentazione di se stessa (Rovera).

B) Il sintomo simbolico quindi appare assolvere a due funzioni: segnala un'insicurezza, un bisogno, un dislivello, e contemporaneamente, in senso finalistico, esprime il tentativo di colmare il dislivello: comunica un bisogno e la tensione a soddisfarlo.

La comunicazione simbolica si avvale di simboli linguistici, di segni indicali, iconici. Comunicazione analogica è quella dei sintomi (Watzlavic).

Nella struttura comunicativa la differenziazione tra la fase preverbale o

analogica (mimiche, gesti, atteggiamenti) e la fase linguistica e verbale è molteplice ed assume forme di notevole importanza nel campo dell'espressività psicologica (Ruesch).

Nel circuito comunicativo che si stabilisce nel setting psicoterapeutico l'emissario ed il ricevente dovranno essere al tempo stesso differenti e simili: differenti in quanto la comunicazione dovrebbe essere motivata « da qualcosa che l'altro non sa - non ha » e simili, altrimenti la comunicazione è impossibile.

La comunicazione avverrebbe in virtù dell'immagine consapevole ed inconsapevole che l'emissario si forma sul ricevente: tale immagine si avvicinerebbe in una certa misura a ciò che il ricevente è (identificazione eteropatica di Kaplan), ma sarebbe al tempo stesso inadeguata in quanto ancora partecipa della soggettività dell'emittente (identificazione idiopatica di Kaplan).

Nello svolgimento dell'atto comunicativo si produrrebbero così delle modificazioni reciproche tra emittente e destinatario (feed-back) con il completamento del ciclo comunicativo; questo potrebbe in ultima analisi venire descritto come « un intreccio di identificazioni eteropatiche ed idiopatiche che conduce per via delle esperienze mentali alla trasmissione simbolica di certe significazioni. Queste identificazioni sono parziali e lasciano sussistere le distinzioni dei soggetti comunicanti » (Kaplan).

C) Abbiamo sopra sinteticamente discusso sul sintomo come segno e come comunicazione - messaggio. Ci soffermiamo ora brevemente sull'aspetto cultural - dipendente di tali fenomeni.

Si situano a questo punto i contributi degli studi transculturali (vedi anche Rovera, Fassino) che hanno l'obiettivo di allargare le possibilità interpretative e i significati delle forme di disagio psichico.

Le rivelazioni transculturali si basano essenzialmente sull'individuazione dell'universo simbolico di una particolare cultura, prendendo in considerazione i livelli intermedi di passaggio dalle strutture sociali nella loro globalità alla storia particolare propria di un individuo determinato. Se abbiamo convenuto che il sintomo sia un simbolo usato all'interno di un linguaggio, avendo ogni cultura un proprio linguaggio, si potrà ipotizzare per ogni cultura una particolare espressività sintomatologica.

La cultura anzi non si presenta come un tutto unitario: in realtà essa è strutturata in gruppi e sottogruppi in seno alla cultura totale. Ogni subcultura conosce specifiche tattiche nel condurre relazioni interpersonali.

Per Kluchonne e Kelli (1945), cultura è « un sistema storicamente derivato di espliciti progetti di vita che tendono ad essere partecipati da tutti i membri di un gruppo o da quelli specialmente designati ».

Mentre per subcultura intendiamo « un sistema definito sulla base della qualità e della quantità di comunicazione, insieme di norme e valori di raggruppamenti sociali interni alla cultura generale (Rovera) ». Ansbaker per stile di vita di un soggetto intende « l'individualità di quel soggetto che si esprime e si plasma in un ambiente ». D'altra parte Adler nella « Psicologia individuale e conoscenza dell'uomo » definisce lo stile di vita in base alla legge del movimento, come costituito dalle manifestazioni

esteriori delle linee di movimento dell'individuo verso la mèta condizionata dai due fattori fondamentali del sentimento sociale e dall'aspirazione alla supremazia. Per Canziani (1978) stile di vita è « un'organizzazione cognitiva e operativa della personalità che riassume in sé l'insieme delle convinzioni che l'individuo si è formato intorno a se stesso, ai problemi dell'esistenza e ai modi di affrontarli ».

Tenuto conto di ciò, cultura, sottocultura e stile di vita possono apparire tre sistemi aperti nell'accezione di Rovera, tra loro comunicanti e che interagiscono: cultura potrebbe anche definirsi lo stile di vita di un certo gruppo sociale.

I simboli-guida (Rovera) potrebbero allora riconoscere tre radici in equilibrio dinamico tra loro secondo la teoria generale dei sistemi (Von Bertalanfy), rappresentate dalla cultura, dalla sottocultura e dallo stile di vita individuale. Vi sarebbe una costituzione - elaborazione - decodificazione dei simboli guida contemporaneamente da parte dei tre sistemi interagenti. Ciò starebbe anche a confermare le ipotesi di Gerth-Mills sulla stretta interazione tra struttura del carattere e struttura sociale.

Giacché la sfera dei sintomi si esprime attraverso il linguaggio verbale e non, se ogni cultura si manifesta in un linguaggio, ogni sottocultura e ogni stile di vita individuale utilizzeranno e parteciperanno con certe modalità proprie di quel linguaggio.

D) L'arbitrarietà sarebbe una componente fondamentale nel processo di formazione del simbolo, similmente a quanto succede in campo biologico-genetico. « Proprio perché arbitrario, il simbolo implica un codice che lo normi: il codice culturale ... il quale deve decidere della validità del simbolo arbitrario da selezionare, riprodurre e trasmettere prescrittivamente in vista della sopravvivenza » (Fornari, 1976).

Anche il codice (secondo Eco) sarebbe « una convenzione che stabilisce le modalità di correlazione tra gli elementi presenti di un sistema o più sistemi assunti come piano dell'espressione e gli elementi assenti di un altro sistema ... assunti come piano del contenuto ». Si dovrebbe allora convenire che esista un codice normativo dei simboli di tipo culturale (Fornari), ma anche di tipo sottoculturale e dello stile di vita individuale.

In particolare per ciò che concerne lo stile di vita individuale se si ritiene con Parenti (1970) che esso si forma a diversi livelli di consapevolezza e con largo spazio ai settori dell'inconscio ... « spesso il codice di riferimento per una lettura della componente individuale del simbolo è sconosciuto al soggetto stesso ». L'analisi di codice individuale è parte integrante quindi dell'analisi dello stile di vita e comporta la decodificazione dei simboli-guida (ideologie) (Rovera) che tendono a condurre l'individuo verso una mèta ideale.

Non ci addenteremo qui nella questione delle componenti diacroniche - invarianti del codice (Piajet) né in quella degli aspetti strutturali invarianti delle semantiche esistenziali (Rovera).

E) Se nell'incontro psicoterapeutico ci possono essere due sottoculture a confronto, necessariamente sono due « stili di vita » individuali diversi a dialogare. Si può qui ricordare con Parenti (1970) il rapporto pari-

tario, da un punto di vista della dignità umana, che viene a stabilirsi tra analista e analizzato. In tale atmosfera i vissuti e le mete dell'analizzando e dell'analista si riproducono nel loro rapporto: ogni vissuto, ogni affetto dell'analizzando suscita o risuscita un vissuto o un affetto nell'analista: è d'altra parte questo continuo ri-suscitare se stesso per l'analista lo strumento più efficace di comprensione. Sottolineiamo qui come Ansbacher (1956) collochi la Psicologia Individuale tra le psicologie soggettive e comprensive, in contrapposizione a quelle oggettive ed esplicative (psicoanalisi freudiana).

L'analizzando comunica con i propri sintomi - simboli all'analista una « incongruenza », un desiderio impossibile, una meta fittizia, chiedendo alleviamento alla sua sofferenza. L'analista propone un lavoro di crescita. Coincidente ci pare la concezione dialettica della tecnica analitica di Morghenthaler (1980): « la relazione analitica si instaura tra due partner nessuno dei quali è esente da conflitti » « è un processo dinamico che coinvolge e modifica » (entrambi).

F) Abbiamo visto (e qui si sottolinea) come il sintomo - simbolo consista in una comunicazione in codice costituito da tre sottosistemi, cultura - subcultura - stile di vita, integrati. Tale comunicazione avviene all'interno di un setting di impostazione dialettica in cui i due protagonisti interagiscono e si modificano.

È importante qui che ci chiediamo quali siano le condizioni per cui avvenga tale modificazione - cambiamento.

Non vogliamo ora addentrarci nella questione dell'interpretazione - decodificazione e reinterpretazione e ridecodificazione da uno di noi affrontata in altra sede (Rovera, Ferrero). Riteniamo solamente opportuno sottolineare come, se il sintomo - simbolo viene portato da un individuo a un altro individuo, è fondamentale che analista e analizzando ricerchino un Sovra - Codice o un dizionario di comprensione dei due codici cui i due protagonisti si riferiscono. Tale dizionario di comprensione come Sovra - Codice comune ai due codici individuali o anche sottoculturali, trova analogia con altri modelli (vedi « Alleanza di lavoro » di Greenson, 1974).

Vorremmo soffermarci ora sulle condizioni che permettono l'elaborazione da parte dei due protagonisti di un Dizionario di comprensione cui riferirsi per codificare il simbolo - significante.

Secondo gli orientamenti della Psicologia Individuale il trattamento analitico ha la funzione di favorire nel paziente la modificazione dello stile di vita riformulando i rapporti tra le due forze in gioco, volontà di auto-affermazione e sentimento sociale. Per taluni psicoanalisti (Fornari) l'analisi ha l'obiettivo di far evolvere il soggetto da un « codice privato al pubblico ... da una struttura pregenitale ad una struttura genitale o sinergica ». In questi casi ogni intervento analitico si fonda su una decodificazione che si avvarrebbe di un codice simbolico proprio della sottocultura degli psicoanalisti (Fornari). Ma la decodificazione del sintomo - simbolo - comunicazione secondo un rigido codice prestabilito dalla sottocultura degli psicoanalisti non potrebbe essere essa stessa strutturata secondo modelli anterogici nel senso che favorisce la dipendenza del paziente?

Per gli orientamenti della Psicologia Individuale la griglia di decodificazione è la più aspecifica, comune non solo alle due sottoculture in gioco ma alla cultura occidentale in genere: alto - basso, vuoto - pieno, superiore - inferiore, individuale - sociale, desiderio - timore, ecc.

Per l'analista si tratta di giungere ad elaborare insieme al paziente un nuovo sovra - codice comune che sia una creatura dei due protagonisti del setting, risalendo a fonti comuni allo stile di vita dei due partners.

Riteniamo che questo lavoro a due, per cui si giunge ad elaborare un sovra - codice comune, non possa essere un'operazione semplicemente cognitiva, ma debba avvalersi del circolo cognitivo - affettivo - cognitivo (proposto da Fornari), visto che il significato presenta una struttura affettiva (Fornari). Ciò varrebbe e per la codificazione linguistica delle « metafore » emergenti nella situazione analitica (vedi Rey, 1975) e per la decodificazione emotiva delle stesse.

L'interpretazione dovrebbe così venir preparata dalla possibilità di un dizionario di comprensione, questo per opera di un lavoro comune dei due partners, quest'ultimo in un clima per cui l'analizzando possa rinunciare a difese e resistenze nei confronti del trattamento. Ci riferiamo alla questione dell'identificazione, processo fondamentale per lo stabilirsi di una situazione transferale considerata l'agente terapeutico per eccellenza: « sarò come te e così tu mi amerai » (W. Blake citato da Laughlin).

G) Identificazione deriva dal latino « essere dentro a » « essere al posto di » « essere uguale a ».

Identificazione può quindi significare l'azione di chi ricerca identità di se stesso, ma anche l'azione di chi esce da sé ma diventa un altro. In questo senso Bernard-Weil distingue un modo transitivo ed uno riflessivo dell'identificazione.

La letteratura analitica di varie scuole è densissima di studi sull'identificazione. Per Freud c'è identificazione primaria e secondaria; per la Klein identificazione proiettiva - retroattiva; per Spitz identificazione con l'aggressore; per Morgenthaler identificazione autoplastica ed eteroplastica; per Kaplan identificazione eteropatica ed idiopatica; identificazione dello specchio per Lucas; identificazione con l'oggetto - sé per Kout, ecc.

Lai intende per identificazione operativa l'aspetto conoscitivo del lavoro che ci si trova a svolgere, il quale permette in campo relazionale la conoscenza delle necessità degli individui con cui si entra in rapporto.

Per Rovera l'accezione di identificazione operativa è assimilata da quella di identificazione culturale « mediante la quale lo psicoterapeuta dovrebbe essere disposto ad accettare diversi tipi di sottoculture e quindi differenti tipi di struttura della personalità di base ... consapevole che la propria visione delle situazioni, l'interpretazione ... sono fattori influenzati da personali contesti socioculturali ». Tale concezione dell'identificazione, per inciso, già permetterebbe di superare quella che Jervis definisce contraddizione insanabile nelle psicoterapie derivante dalla discrepanza tra l'ideologia della terapia e la visione del mondo del paziente: diagnosi marxista terapia borghese!

Ritornando quindi alle condizioni che possono permettere la elabo-

razione di un sovracodice o Dizionario di comprensione, sembra indispensabile che il terapeuta debba conoscere ed accettare, oltre che le due sottoculture in gioco, anche i due stili di vita individuali. Dovrebbe anzi parzialmente identificarsi nello stile di vita del paziente e utilizzare le proprie reazioni a quello per permettere un analogo movimento da parte dell'analizzando.

L'identificazione culturale (anche nell'accezione concernente lo stile di vita), mediante un'« equazione transculturale » che comprenda le modulazioni tra i codici di riferimento dello stile di vita del paziente e dell'analista, permetterebbe a quest'ultimo di contribuire alla creazione di quel clima in cui si può giungere alla costituzione del Dizionario di comprensione e sovracodice il quale prelude allo stabilirsi delle correnti transferali (cfr. l'« identificazione col modello operativo del paziente » di Greenson).

Tale identificazione, in quanto si avvale di un'equazione transculturale, potrebbe definirsi trans-individuale.

Entrambi i protagonisti del setting, secondo l'accezione dialettica di cui sopra, sarebbero nella condizione per cui dire: « poi sarò come lui e allora mi amerà ». Ovviamente per l'analista questa identificazione è parziale e lascia sussistere la distinzione tra i soggetti.

Se si può considerare l'intervento psicoterapeutico come un programma di ri-orientamento teleonomico (Rovera), questo cammino a due potrebbe costituirsi di diverse tappe. Dapprima l'analista si trova con un soggetto che si rivolge all'altro nella condizione « di chi chiede non avendo »; in seguito l'analista « conosce la necessità dell'altro (identificazione operativa), successivamente accetta lo stile di vita del paziente (identificazione culturale), in seguito comprende, decodifica, modula la propria identificazione parziale con l'altro con quella analoga da parte del paziente (identificazione transindividuale). Tale procedimento presenta qualche analogia con l'empatia di Dreyfurs e l'empatia introspettiva di Kout.

In altri termini l'analista contemporaneamente e contraddittoriamente accetta lo stile di vita del paziente e gli chiede insistentemente di « cambiare » rispettando il contratto iniziale. Si ipotizza, per coerenza, che l'analista sia costituito da una componente osservante e da una componente sperimentante, la quale ultima è direttamente coinvolta nella identificazione transindividuale.

Il modello dialettico binario (Bernard-Weil) potrebbe costituire un elemento chiarificatore e ci propone un approfondimento in altra sede (componente paterna e componente materna nell'analista, sua bisessualità ...).

A questo punto le correnti transferali si sono costituite e l'agente terapeutico può entrare in funzione. Tale accadimento non avviene una volta per tutte: può attivarsi e disattivarsi per tutta la durata della psicoterapia, a seconda della partecipazione dell'analista nell'alimentare le correnti transferali.

L'identificazione transindividuale permetterebbe (intuitivamente) all'analista di decidere se intervenire attivamente o astenersi, se interpretare, se osservare un silenzio, se rassicurare o frustrare, in sintesi se

procedere « lungo o contro le difese ». Tale decisione avverrebbe modulando per esempio la frustrazione generata nel paziente e la frustrazione che compare nel terapeuta, ecc. Nel cammino a due l'identificazione trans-culturale è la tappa più vicina e che presenta molte analogie alla consapevolezza del proprio contratteggiamento, fondamentale componente dei movimenti transferali: si situerebbe nello spartiacque tra il cognitivo e l'affettivo.

Secondo altre visuali i due termini identificazione e transfert apparrebbero contraddittori: essere simile all'altro e trasferire sull'altro, soprattutto nell'accezione dialettica, sembrerebbero escludersi vicendevolmente. D'altra parte l'« atteggiamento paritario e solidale (Parenti e Coll.) nell'analista non può disgiungersi dalla consapevolezza che il transfert sia preliminare ad una necessaria autonomizzazione ».

Essere - come per essere diversi! Di qui la possibilità che i due fenomeni, identificazione e transfert, possano considerarsi anziché contraddittori, complementari.

In conclusione ci siamo occupati del tentativo di fornire un contributo di ciò che avverrebbe nel terapeuta quando avverte, sente, che può intervenire o « ha voglia » di intervenire con un certo e preciso strumento (un'interpretazione, un silenzio, ecc.) nel corso del lavoro analitico.

In altri termini: com'è che l'analista ritiene che il campo sia sufficientemente arato da consentire che il seme gettato abbia qualche possibilità magari di marcire, ma poi di germogliare? Si precisa che non c'è uno che ara e uno che viene arato: vicendevolmente i due partners vengono arati e arano.

Ancora in altri termini: com'è che dal cognitivo si passa all'affettivo e nuovamente al cognitivo?

Quanto avviene nel setting si potrebbe appunto cogliere tramite il circolo cognitivo - affettivo - cognitivo. Questo circolo sarebbe alimentato:

- a) dall'identificazione nello stile di vita del paziente;
- b) dal confronto continuo dello stile di vita proprio dell'analista con quello del paziente con attenzione alle modificazioni interazioni indotte l'un l'altro (modulazione).

Queste interazioni sono favorite dal comportamento impegno dei due protagonisti del setting alla costruzione del « Dizionario di comprensione » che servirebbe a decodificare i rispettivi messaggi. Queste interazioni sarebbero invece ostacolate da un'imposizione non paritaria di un rigido codice.

Ciò consentirebbe che il « clima » cognitivo in entrambi i partners si trasformi in affettivo e poi nuovamente in cognitivo per la rielaborazione.

Solo sul « terreno affettivo » può fruttificare l'intervento analitico (cfr. Canziani a proposito delle motivazioni dello psicoterapeuta).

Solo in una situazione transferale infatti sembra sia possibile dal simbolo - sintomo - significante accedere alla componente affettiva del significato: è l'accezione di un anticipo di cura « similia similibus curantur ».

BIBLIOGRAFIA

- ADLER A.: « La compensation psychique » (1908). Payot, Paris, 1956.
- ADLER A.: « Il temperamento nervoso » (1912). Newton Compton, Roma, 1971.
- ADLER A.: « Psicologia individuale e conoscenza dell'uomo » (1927). Newton Compton, Roma, 1975.
- ADLER A.: « La psicologia individuale » (1920). Newton Compton, Roma, 1970.
- ANSBACHER H. L., ANSBACHER R. R.: « The individual psychology of Alfred Adler ». Basic Books, New York, 1956.
- CANZIANI G.: « Adler e la "Psicologia individuale nella scuola" ». Introduzione a « La Psicologia Individuale nella scuola ». Newton Compton, Roma, 1979.
- BERNARD-WEIL E.: « Un modèle interdisciplinaire? Le modèle de la regulation des couples ago-antagonistes », in « Modelisation et maitrise des systemes ». Hommes et techniques, Paris, 1977.
- ECO U.: « Codice ». Enciclopedia III, Einaudi, Torino, 1978.
- FORNARI F.: « Simbolo e codice ». Feltrinelli, Milano, 1976.
- FORNARI F.: « Le strutture affettive del significato ». Cortina, Milano, 1978.
- FREUD S.: « Introduzione alla psicoanalisi ». Freud Opera VIII, Boringhieri, Torino, 1968.
- GERTH H., MILLS W. C.: « Carattere e struttura sociale ». UTET, Torino, 1969.
- GREENSON R. R.: « Tecnica e Pratica Psicoanalitica ». Feltrinelli, Milano, 1974.
- JERVIS G.: « Manuale critico di psichiatria ». Feltrinelli, Milano, 1977.
- KAPLAN B.: « Lo studio del linguaggio in psichiatria ». In « Manuale di Psichiatria » S. Arieti, Boringhieri, Torino, 1970.
- KLEIN M.: « Scritti ». Einaudi, Torino, 1974.
- KLUCHONNE, KELLY W. H.: « Il concetto di cultura (1945) in Rossi P. « Il concetto di cultura ». Einaudi, Torino, 1970.
- KOUTH H.: « La guarigione del sé ». Boringhieri, Torino, 1980.
- LACAN J.: « Scritti ». Einaudi, Torino, 1975.
- LAUGHLIN H. P.: « Le nevrosi nella pratica clinica ». Giunti-Barbera, Firenze, 1967.
- MAIULLARI F., FASSINO S.: « Angoscia e processi simbolici nell'età evolutiva ». Riv. Psicolog. Individ., II/1979.
- MORGHENTALER: « Tecnica: dialettica della Prassi Psicoanalitica ». Boringhieri, Torino, 1980.
- PARENTI F.: « Manuale di Psicoterapia su base adleriana ». Hoepli, Milano, 1970.
- PARENTI F., ROVERA G. G., PAGANI P. L., CASTELLO F.: « Dizionario Ragionato di Psicologia Individuale ». Cortina, Milano, 1975.
- PIAGET J.: « Lo strutturalismo ». Il Saggiatore, 1968.
- REY J. M.: « La psicoanalisi e la metafora ». In « Psicoanalisi come filosofia del linguaggio ». Longanesi, Milano, 1976.

- ROVERA G. G., FERRERO A.: « A proposito di Interpretazione e di Comunicazione in Psicoterapia ». Congr. Soc. Ital. Psicot. medica, Pavia, ottobre, 1981.
- ROVERA G. G.: « Tactique de relation et somatique existentielle. (Propos de psychothérapie d'Adler) ». X Congr. Int. de Psycot., Paris, 1976.
- ROVERA G. G.: « Psicoterapia e Cultura: prospettive su base adleriana » in « Psicoterapia e Cultura ». Il Pensiero Scientifico, Roma, 1976.
- ROVERA G. G., FASSINO S.: « Contributo clinico in tema di isteria ». Min. Psichiat., 19, 3, 1978.
- ROVERA G. G., FASSINO S.: « Problemi di transculturalismo » in « Il Sistema aperto della Individual-psicologia » di G. G. Rovera, Bogetto F., Fassino S., Ferrero A. - Quaderno n. 4, Rivista di Psicol. Indiv., 1979.
- RUESCH J.: « Disturbed communication ». Norton, N.Y., 1957.
- SPITZ R. A.: « Il no e il sì. Saggio sulla genesi della comunicazione umana ». Armando, Roma, 1975.
- VON BERTALANFFL L.: « Il sistema uomo ». ILI, Milano, 1971.
- WATZLAWICK P., DEAVIN J. H., JACKSON D. D.: « Pragmatica della comunicazione umana ». Astrolabio, Roma, 1971.

GABRIELLA MORASSO

PREPARAZIONE PSICOLOGICA DEL PAZIENTE ONCOLOGICO ALL'INTERVENTO MUTILANTE

L'idea di salute, intesa come armonico equilibrio psiche-soma, è correlata con una serie di concetti, quali sentimenti di vitalità, di forza, di sicurezza, di capacità di rendimento, di riproduzione, ecc.

L'insorgere della malattia rompe questo equilibrio, in quanto il soma viene percepito come peso, come sofferenza, come limitazione, come fonte di insicurezza.

Quando la malattia somatica assume andamento cronico, la perdita di speranza nella possibilità di recupero altera, spesso profondamente, la personalità di colui che ne è affetto.

Ciò è vero in misura particolare per i pazienti oncologici e non di meno anche per i medici che li curano.

Ansia e depressione sono le risposte al senso di perdita delle capacità vitali e alla paura della morte per gli uni, all'incertezza nel ruolo di dispensatore di salute per gli altri.

Ciò si può riscontrare soprattutto nel caso di interventi mutilanti (a qualsiasi parte del corpo o funzioni del corpo, inteso anche come persona, si riferiscano), generatori di problemi complessi, che ognuno degli individui coinvolti necessariamente affronta in modo diverso.

Connessi alla mutilazione esistono infatti valutazioni coscenti più o meno razionali e significati simbolici, più o meno individuali.

In ogni caso per il malato sarà necessaria una riorganizzazione della relazione con il proprio corpo che assume, oltre a mutazioni di aspetto o di funzione, anche il significato espressivo di un'insicurezza drammaticamente vissuta.

La presenza di questo argomento tra i problemi generali della medicina, ne comporta la collocazione in una dimensione non solo psicologica ma anche etica, cui occorre rifarsi in quanto ispiratrice di una medicina globale rivolta a « persone ».

Formuliamo queste considerazioni per indicare quanti livelli del sentire dell'essere vengano attivati di fronte alla prospettiva di una mutilazione: quello che vorrei cercare di descrivere è come si possa pervenire ad affrontare la situazione in termini realistici attraverso un processo di elaborazione.

In termini di psicologia individuale si potrebbe parlare in questi casi di inferiorità d'organo, soggetta a minimizzazione o esasperazione, secondo l'influenza del contesto ambientale e umano.

Occorre una premessa: dire preparazione psicologica del paziente all'intervento mutilante presuppone già l'essere pervenuti alla formulazione di un giudizio di valore che riguarda l'esistenza, la possibilità o meno di sopravvivenza, la necessità della mutilazione, la morte.

Ritengo importante sottolineare ciò, perché è questo processo di elaborazione a condurre il medico a riconoscere in quel certo intervento l'unico in grado di salvare o prolungare la vita di una persona.

Il medico che perviene a questa conclusione (attraverso la formulazione della diagnosi e l'individuazione della terapia) si trova a doverla integrare nel suo bagaglio emotivo, per poterla poi trasformare in proposte operative al malato.

Si insiste molto sulla richiesta di aiuto psicologico ed accade che il medico richieda l'aiuto dello psicologo quando, dovendo intervenire demolitivamente nei confronti di un malato, cerca, peraltro, di rendergli meno traumatizzanti, per quanto possibile, la diagnosi, l'assunzione di decisioni sulla condotta terapeutica, le nuove condizioni della terapia, il tipo di intervento, ecc.

Sarà allora lavoro comune di entrambi (medico e psicologo) il processo di approccio al paziente, la comunicazione di ciò che quest'ultimo può accettare senza intaccare gravemente la sua speranza di vita, la trasmissione di istanze di vita, il modo in cui queste possono trovare sbocco.

Tutto ciò può trovare attuazione quando vi sia il tempo per discutere e non si debba agire sotto il pungolo dell'urgenza.

Ma anche in questo secondo caso sarà la sicurezza del medico, intesa come certezza di dare la migliore assistenza possibile, a consentire al malato di accettare risultati anche demolitori.

A volte la paura di provocare stati depressivi e disperazione nel malato, con conseguenze disastrose sia sul piano fisico che emotivo, può portare il medico a considerare più opportuno evitare di parlare apertamente al malato.

Lo psicologo può indubbiamente dare un contributo, ma ciò che ne risulta deve essere un qualcosa di più ricco di una semplice preparazione psicologica fatta di parole e di rappresentazioni. Un qualcosa che corrisponda ad una esperienza concreta di sostegno, vissuta giorno per giorno, in un clima di disponibilità, attraverso un rapporto costruttivo con i curanti.

Questo perché si è potuto constatare, a seguito di vari tipi di esperienze, che le psicologizzazioni, cioè il voler ricondurre tutto a una dimensione esclusivamente psicologica, sono scarsamente produttive, talora addirittura fonti di danno iatrogeno. Come, del resto, altrettanto deludente può essere il porre la psicologia al diretto servizio di una specifica volontà, come potrebbe essere lo psicologo al servizio del medico che intende convincere il paziente di un qualcosa.

Il fenomeno non si diversificherebbe grandemente, estremizzando, dalla pratica della psicologia della vendita.

In questa luce, credo che sarebbe assurdo dire che un paziente possa essere preparato a un qualcosa « da un punto di vista psicologico ».

Credo possibile invece aiutare delle persone a meglio comunicare tra loro mentre si appropriano di funzioni che dovranno esercitare.

Le funzioni cui faccio riferimento riguardano: il malato che dopo l'intervento si troverà con una mutilazione, il medico che lo cura e che dovrà continuare a riconoscerlo come suo paziente anche dopo l'intervento, i familiari, lo psicologo, che entra in questo contesto e che dovrà anche essere preparato ad uscirne quando il suo intervento non sia più necessario.

Da un tema così preciso come la preparazione psicologica del malato a un intervento demolitore siamo scivolati a parlare del coinvolgimento del curante.

Crediamo di poter affermare che in effetti solo il coinvolgimento dei curanti può assicurare una più valida corrispondenza dei malati. Ogni medico conosce la propria personale risposta di fronte al cancro e alla morte. D'altra parte gli stereotipi socio-culturali nei confronti della malattia tumorale condizionano negativamente tutti noi.

Sovente l'iter universitario e la pratica medica quotidiana rinforzano ulteriormente gli atteggiamenti negativi.

Il medico abituato a vedersi come « uno che cura e che guarisce » è abituato a considerare la morte un avversario da combattere: essa diventa la manifestazione lampante del suo insuccesso personale e professionale.

Il medico, del resto, da cui dipende la possibilità di mutilare il corpo del paziente, può facilmente essere percepito, nella immaginazione del malato, come un pericoloso giudice che esercita potere di vita o di morte. Talvolta, invece, la concreta, visibile rimozione di un tessuto o di un organo malato viene percepita come una « cura tangibile »: in questo caso il medico assume le sembianze di un salvatore benevolo ricco di buoni poteri.

In entrambi i casi il malato si sente insicuro e bisognoso di una dipendenza assoluta: egli teme l'abbandono, da parte dei familiari, del medico, degli amici.

Ho voluto descrivere il particolare contesto emotivo che esiste « intorno al cancro » perché ciò è imprescindibile per affrontare concretamente il problema. Cito testualmente dal volume « Protesta in grigio »: « La psiche del singolo è adlerianamente sempre proiettata in avanti, come matrice di ipotesi, progetti, azioni, ripiegamenti di fuga ».

Quando un complesso di inferiorità ha ormai preso corpo, la volontà di potenza si rassegna e cerca di creare artifici per restare a galla o almeno per fingere una sopravvivenza secondo un inquadramento di se stesso e degli altri che è quasi sempre un « come se », ossia una visione condizionata.

Nel nostro caso il come se sta per: come se ... il mio corpo fosse sempre lo stesso, come se ... fossi guarito; il condizionamento è la malattia.

I trucchi compensatori sono spesso delle finzioni improduttive che a volte peggiorano la situazione e sono causa di depressione.

Un esempio banale: l'abuso di profumo da parte dei colostomizzati che compensa più che altro la loro paura di essere scopertamente malati di cancro. Anche la stessa ricostruzione plastica delle mammelle spesso non

viene accettata e ancora meno le protesi mammarie.

In questo clima emotivo l'approccio con il malato non dovrebbe mai essere eccessivamente responsabilizzante, tendente cioè alla massima autonomia; è preferibile invece un rapporto accettante, tale da comunicare protezione e sicurezza: la sicurezza di sapere che tutto ciò che potrà farsi, verrà fatto; la sicurezza di poter trovare in qualsiasi momento e per qualsiasi motivo chi è pronto ad aiutarlo a superare situazioni critiche.

Concretamente e concludendo, qual'è il miglior approccio al malato, dalla diagnosi di tumore alla riabilitazione intesa anche come riabilitazione psicologica? Appoggiandosi al terapeuta il paziente comincia a porsi in modo più corretto di fronte alla realtà; può infatti iniziare ad accettarla per quella che è, ma soprattutto comincia a vincere quelle reazioni di ansia che gli impedivano di porsi costruttivamente nei confronti della situazione.

Questo approccio, come dicevo, non fa ricorso all'interpretazione, ma può sottolineare la reazione tra la situazione fisica e l'andamento della situazione emotiva, spingendo il paziente a verbalizzare le proprie difficoltà psicologiche e a riviverle nella situazione medico - paziente.

Ai medici, poi, occorre far capire che migliorare la qualità della vita non è necessariamente negare la malattia: è riconoscere il diritto dei malati ad essere il più possibile come gli altri durante e dopo la loro malattia e che, se informare è indispensabile, servirsi dell'informazione come di un'arma offensiva, di un mezzo per rassicurare se stessi o sbarazzarsi di una responsabilità troppo pesante, è andare contro i veri bisogni dei malati.

Più che il contenuto dell'informazione ciò che conta è l'intenzione di colui che informa.

BIBLIOGRAFIA

- ABRAMS R.D., FINESINGER J.E.: Guilt reactions in patients with cancer - *Cancer* 6, 474-478, 1953.
- ABRAMS R.D.: The patient with cancer. His changing patterns of communication - *Amm. N.Y. Acad. Sci.* 164, 881-887, 1969.
- ACHTÈ K., VAUHONEN M.: Cancer and psych. Monographs from the Psychiatric Clinic of the Helsinki Univ. Central Hospital - N. 1, 3-44, 1970.
- ADLER A.: *Psicologia individuale e conoscenza dell'uomo* - Newton Compton E., Roma, 1975, trad. F. Parenti.
- AITKEN SWAN J., EASSON E.C.: Reactions of cancer patients on being told their diagnosis - *Brit. Med. J.* 779-783, 1959.
- BALINT M.: Comment comprendre le malade - *Rev. Med. Psychosom.*, 72, 1970.
- GILBERTSEN V.A., WANGESTEEN O.W.: Should the doctor tell the patient that the disease is cancer? - *American Cancer Symposium*, 1961.
- Mc HINTOSH J.: Patient's awareness and desire for information about diagnosed but undisclosed malignant disease - *Lancet* II, 300-303, 1970.
- MOSES R., CIVIDALI M.: Differential levels of awareness of illness: their relations to some salient factors in cancer patients - *Amm. N.Y. Acad. Sci.*, 125, 984-994, 1960.
- PARENTI F.: *Manuale di psicoterapia su base adleriana* - Hoepli, Milano, 1970.
- PARENTI F., PAGANI P.L.: *Protesta in grigio* - Editoriale Nuova, Milano, 1980.
- SCHANDS H.C., FINESINGER J.G., COBBS S.: Psychological mechanism in patients with cancer 4, 1159-1170, 1951.

LORENZO PINESSI, GIUSEPPE ANGELINI

INTERVENTO PSICOTERAPICO ADLERIANO E SENSO SOCIALE

Caratteristica psicologica costante delle nevrosi e dei disturbi psicosomatici è un difetto più o meno marcato del sentimento sociale. I malati nevrotici e/o affetti da disordini psicosomatici prendono sempre una « distanza » abnormemente sviluppata verso gli altri e verso la collettività. I tre punti di integrazione dell'individuo nella comunità, vale a dire la professione, l'amicizia e l'amore, non sono mai affrontati in modo etico né tanto meno produttivo, quando esiste una nevrosi. Questo calo del sentimento sociale è dovuto al prevalere della volontà di potenza che prende atto di una condizione di inferiorità e di insicurezza e, spesso, cerca di diminuire la componente di frustrazione attribuendone le responsabilità all'ambiente o ai suoi settori.

Le compensazioni nevrotiche messe a punto per superare il complesso di inferiorità perseguono un fine di dominio e di prevaricazione sull'ambiente e quindi sono antisociali. Questa componente antisociale si può vedere direttamente nelle compensazioni di tipo aggressivo, ma è possibile vederla come una componente più sottile anche in altre compensazioni che presentano uno stato di sofferenza per costringere l'ambiente a venire in aiuto del soggetto: e quindi è anche questa una via di pressione indirizzata verso gli altri.

Ancora nel rapporto sessuale ed amoroso il nevrotico è poco disponibile a corrispondere alle esigenze del proprio partner e tende invece a imporre le sue, anche qui con modalità aggressive o con artifici di tipo passivo.

La Psicologia Individuale si preoccupa di mettere in evidenza le molteplici contraddizioni che possono presentarsi fra il fine ultimo coscientemente perseguito e il fine fittizio, quasi sempre asociale o antisociale, verso il quale tendono i dinamismi inconsci. Il processo psicoterapico secondo l'ottica adleriana si propone di portare il soggetto verso un più armonico stile di vita, reintegrandolo nella società, attraverso delle scelte esistenzialmente valide e attraverso delle compensazioni positive, nella convinzione che la completa guarigione consiste, al di là della pura soggettività, nella reintegrazione interpersonale del paziente. Perché questo riesca occorrono due presupposti: il primo è che l'individuo sia condotto a un'autocritica e a un'autoconsapevolezza che lo renda edotto del fine fittizio asociale che può nascondersi dietro a finalità perseguite a livello di coscienza e socialmente valide; il secondo consiste in un decondizionamento di dettaglio e condotto nei minimi particolari dello stile di vita precedente perché anche dopo che l'individuo ha preso coscienza dei suoi dinamismi inconsci, questi possono

egualmente continuare ad agire infiltrandosi attraverso le maglie della volontà. Questa deve essere graduale e pazientemente seguita dal terapeuta.

Il rapporto tra terapeuta e paziente costituisce il collaudo di uno stile di vita positivo e socialmente ben impostato, in quanto, secondo la tecnica adleriana, è un rapporto fronte a fronte, paritario e solidale. L'incremento giudato del sentimento sociale è un fattore di guarigione e quindi di maggiore felicità perché appunto il sentimento sociale è un'istanza innata dell'uomo che può realizzarsi senza compensi solo attraverso validi rapporti interpersonali.

Ogni tentativo di compensare la propria inferiorità in un modo egoistico produce infelicità e quindi non raggiunge la guarigione, poiché l'individuo che si sente abnormalmente distante dagli altri finisce inevitabilmente per soffrirne. Il recupero del sentimento sociale richiede di necessità un ridimensionamento della volontà di potenza, ma non deve soffocarla del tutto. È necessario infatti appagare entro limiti ragionevoli la propria autostima facendola però operare al servizio di un fine etico invece che di un fine prevaricante.

Il concetto adleriano di « divisione del lavoro » offre al singolo la possibilità di appagare le proprie esigenze affermative attraverso una gratificazione non isolata ma compartecipe di quella degli altri individui.

PIER LUIGI TOGLIANI

L'USO DELL'IPNOSI

NELLA PSICOTERAPIA ADLERIANA

Vorrei tanto, con indiscutibile presunzione, che fra queste poche righe si potesse leggere un duplice ammonimento: ai colleghi analisti e agli psicoterapeuti privi di formazione analitica.

Vorrei suggerire ai primi di non trascurare aprioristicamente le tecniche non analitiche, in particolare quelle orientate semplicemente a un superamento della sintomatologia, in nome di una ortodossia superba e insensata quando non sia aperta a tutti i contributi. Ogni analista ha sperimentato l'insuccesso e, in qualche caso, si è augurato di avere tra le mani un tecnica terapeutica che, lungi dal fornire una convincente interpretazione dei sintomi, potesse apportare sollievo alla sofferenza del paziente.

Vorrei d'altro canto mettere in guardia i non analisti dall'applicare meccanicamente determinate tecniche terapeutiche, quali l'ipnosi, difficilmente in grado di produrre risultati soddisfacenti e stabili nella complessa patologia del nevrotico, senza un approccio interpretativo profondo e senza il loro inserimento in un bagaglio professionale strutturato intorno all'esperienza professionale analitica.

L'ipnosi non è qui trattata come mezzo puramente analgesico, che trova il suo più naturale campo di applicazione in medicina e chirurgia; la consideriamo invece:

- per le sue potenzialità di neutralizzazione dei disturbi psicosomatici;
- come strumento di approccio a conflittualità inconscie (ipnoanalisi).

1. Nel primo caso, osservazione scontata è che si deve tener conto del significato del sintomo, sintomo che esprime solitamente un conflitto; e si potrebbe obiettare che a nulla serve reprimere un sintomo senza averlo interpretato, analizzandone le cause e individuandone il finalismo. Sembra quindi contraddittorio l'impiego di una terapia sintomatica, come l'ipnosi, in un approccio terapeutico causale e finalistico quale l'analisi adleriana.

Si deve però considerare che:

a) a volte un sintomo, specie psicosomatico, non è l'espressione di un conflitto in atto ma un condizionamento che si riferisce a conflitti o eventi traumatici ampiamente superati.

Ricordo il caso di una signora (P.G., di 32 anni) affetta da un tic interessante i muscoli del collo e delle spalle, portate di scatto in avanti in un atteggiamento chiaramente di protezione e difesa; non fu difficile, anche per la concomitanza degli eventi, collegare l'insorgenza del sintomo con la

tonsillectomia subita dalla paziente a 7 anni di età e vissuta in modo traumatico. Si trattava insomma di una chiara manifestazione psicosomatica reattiva; ma non c'era più nulla di inconscio, né il ricordo di quell'evento suscitava particolare angoscia, almeno nel momento in cui il soggetto aveva intrapreso il trattamento psicoterapeutico: restava unicamente questo condizionamento, che gradualmente si attenuò fino a scomparire con l'impiego dell'ipnosi.

b) a volte il sintomo esprime una conflittualità attuale che però — per particolari resistenze del paziente — non può essere facilmente individuata né accettata. E non vale certo la pena di soffermarsi su questi casi che ogni analista conosce e caratterizza come esempi di non collaborazione del soggetto all'esperienza analitica.

c) altre volte il sintomo si presta ad essere interpretato con relativa facilità, ma è lo scarso patrimonio intellettuale/culturale del paziente che ne impedisce la convincente esplicazione.

Recentemente mi si presenta una giovane donna (M.B., di 22 anni) che — dopo un incidente automobilistico in cui aveva riportato la frattura del bacino —, pur essendosi completamente ristabilita da queste lesioni, asseriva di non poter camminare e presentava obiettivamente una contrazione spastica dei muscoli del polpaccio e della caviglia della gamba destra che le impediva di appoggiare correttamente il piede al suolo.

Dopo qualche seduta il caso apparve chiaro. La paziente, di famiglia umile e di modesta dotazione intellettuale, non era riuscita a terminare le scuole elementari, si era sposata giovanissima ed era stata costretta a vivere nella famiglia del marito, costituita da contadini gretti e autoritari che le imponevano una vita a dir poco mortificante.

La maternità, il lavoro faticosissimo, la soggezione alla suocera, la gelosia e l'avarizia del marito, l'insoddisfazione dei suoi bisogni di valorizzazione, di tenerezza, di rispetto, le avevano fatto vedere quanto la sua giovinezza stesse sfiorando in una serie di allucinanti frustrazioni. Solo l'incidente automobilistico e la conseguente degenza ospedaliera avevano provvisoriamente interrotto quella vita d'inferno e le avevano procurato un minimo di attenzioni.

Era a questo punto sufficientemente chiaro il suo finalismo: sottrarsi all'insopportabile carico di lavoro e umiliazioni e guadagnarsi un po' di comprensione, prolungando la sua invalidità. L'interpretazione fu ulteriormente confermata quando la paziente riferì di essere tornata presso la famiglia d'origine dopo le dimissioni dall'ospedale, di risiedervi attualmente e di poter qui protrarre la sua permanenza finché non avesse ripreso la deambulazione. Inutile aggiungere che confessò di trovarsi molto bene con la madre che si occupava di lei e la sollevava da ogni incarico gravoso.

Fu però impossibile convincerla del legame fra la sua situazione e il disturbo, secondo lei puramente organico, che presentava; non per una resistenza dell'interpretazione, che era risultata agevole proprio per il materiale candidamente prodotto, ma esclusivamente per la difficoltà di far accettare a un soggetto tanto povero sotto il profilo intellettuale/culturale

i dinamismi psicologici inconsci, per quanto proposti con una terminologia semplice.

In questi casi si può, a mio avviso, allentare l'impegno verso l'analisi interpretativa e accontentarsi di rimuovere il sintomo, perlomeno quando si ha ragione di ritenere che l'eventuale sintomo sostitutivo, che potrebbe insorgere, possa apportare un più basso grado di sofferenza individuale.

In questi casi, dunque, l'impiego dell'ipnosi da parte dello psicoterapeuta adleriano può essere considerato legittimo e produttivo.

2. Nel caso in cui invece l'ipnosi sia utilizzata come strumento di conoscenza di contenuti psichici inconsci, neppure si pone il dubbio di incompatibilità metodologica. L'analista perseguirà il fine interpretativo ricorrendo a tutti quei mezzi che gli permettano di far emergere ricordi e conflitti rimossi; fra questi l'ipnosi presenta il vantaggio di consentire la esplicitazione al paziente dei contenuti emersi con la gradualità di tempi e la modalità di comunicazione più opportune. Nella mia esperienza di psicoterapeuta il ricorso alla ipnoanalisi, che richiede però uno stato profondo di ipnosi, mi è stato sovente di aiuto, sia attraverso la libera espressione di contenuti inconsci che come facilitazione del ricordo dei sogni spontanei notturni. Ma l'aspetto forse più interessante in un'ottica adleriana è rappresentato dalla regressione d'età, che — anche in assenza di ricordi importanti nella strutturazione nevrotica della personalità — ci aiuta a far luce sullo stile di vita del soggetto in periodi antecedenti.

Ricordo, a questo proposito, il caso di una ragazza sedicenne che, dopo una rapida e imponente maturazione fisica, aveva cominciato ad assumere nell'ambito scolastico atteggiamenti profondamente contrastanti con il suo stile di vita abituale. Mentre in precedenza era cordiale e collaborativa con i compagni, educata e docile con gli insegnanti, ordinata e produttiva nello studio, ora manifestava aggressività e gelosie ingiustificate, si mostrava scostante e invidiosa, sorprendendo familiari e insegnanti che asserivano di « non averla mai vista così ».

In me, viceversa, non so dire esattamente come né quando, era nata la sensazione netta che la ragazza stesse ripetendo comportamenti già colaudati e propri di un precedente stile di vita, di cui non compariva traccia nell'analisi del vissuto.

Fu il ricorso alla ipnoanalisi, resa possibile dalla capacità del soggetto di entrare in ipnosi profonda, l'elemento che consentì di ricostruire lo stile di vita di un periodo molto importante, quello dai 5 ai 6 anni di età, che era stato menzionato allo stato di veglia senza particolari connotazioni. Attraverso la regressione d'età emersero svariati episodi caratterizzati nell'ambito familiare dalla stessa aggressività e indisponenza che la paziente rivelava ora nel contesto scolastico. Fu anche abbastanza agevole interpretare tale comportamento come manifestazione di gelosia verso il fratellino neonato e come protesta e rivendicazione di affetto nei confronti dei genitori.

Nella situazione attuale la paziente si era trovata quasi di colpo molto più « grande » dei suoi compagni di classe, più matura fisicamente e anche psicologicamente, ed aveva temuto di dover per questo rinunciare

alle attenzioni e all'incoraggiamento degli insegnanti. Aveva allora strutturato il comportamento già collaudato a 5 anni e che, dopo una fase di comprensibile sofferenza, le era valso una maggiore tenerezza e valorizzazione da parte dei familiari.

Qualche cosa resta da dire sulla metodologia che lo psicoterapeuta adleriano adotterà nel caso di ricorso all'ipnosi, metodologia che dovrà accordarsi con lo spirito che anima ogni momento del rapporto con il cliente: solidarietà, profondo rispetto, non direttività.

Il ricorso all'ipnosi non sarà imposto, ma proposto e adeguatamente motivato; se ne dovranno chiarire le indicazioni e i limiti.

Ancora: l'analista adleriano eviterà le tecniche di introduzione autoritaria e opererà per le metodologie fondate sul rilassamento, suscettibile di essere approfondito fino a livello di ipnosi media o profonda con un'ampia autodeterminazione del paziente.

In altri termini la psicoterapia non deve essere considerata né praticata come tecnica avulsa da un rapporto interpersonale psicoterapico. E se questo concetto è accettato e addirittura sostenuto dagli ipnologi più seri e preparati (cito per tutti il prof. Guantieri, Presidente del Centro Bernheim di Verona), a maggior ragione sarà fatto proprio dagli operatori impegnati in una psicoterapia profonda, solidale e rispettosa dell'individuo come quella adleriana.

GIUSEPPE TIRONE

L'IPNOSI E IL SUO POSSIBILE IMPIEGO NELL'ANALISI PSICOLOGICA DEL PROFONDO

Nel contesto della « Cultura adleriana », per quel che ho potuto rilevare dalle mie ultime letture, si è sempre parlato pochissimo di ipnosi.

Sfogliare il programma di questo Congresso nazionale e scoprire che anche un'altra comunicazione, oltre alla mia, è riservata a questo argomento mi ha fatto molto piacere.

Credo sia arrivato il momento di liberare l'ipnosi dal retaggio di quelle informazioni distorte che ne hanno impedito l'impiego nel campo della psicologia, della psicoterapia ed in particolare dell'analisi.

Io ritengo che l'ipnosi, concepita principalmente come strumento utile a favorire l'affluenza alla coscienza dei ricordi e delle esperienze passate, possa acquistare un ruolo di rilievo nel trattamento psicologico secondo la metodologia adleriana.

D'accordo con Francesco Parenti, quando sostiene che ... « Gli interventi suggestivi acritici sono rigorosamente preclusi agli analisti adleriani ... » e: ... « l'analista adleriano è addestrato ad un rapporto paritario con i soggetti in cura, tale da escludere ogni forma di plagio: tutta la terapia adleriana è per assunto autonomizzante » (1), la mia esperienza con l'ipnosi mi suggerisce l'affermazione che l'ipnosi stessa possa essere considerata, se adeguatamente impiegata, come uno strumento messo a disposizione dell'altro, del paziente, per maggior conoscenza ed una maggiore realizzazione di se stesso.

Oggi si sa che lo stato ipnotico può essere concepito come una condizione psico-fisica particolare di « essere » del soggetto, che si può definire come « stato di partecipazione » caratterizzato da un particolare stato di coscienza e da un altrettanto particolare rapporto interpersonale.

« Modo di essere » che si ottiene attraverso determinate procedure e processi di apprendimento.

È un modo, una condizione di essere psico-fisica del soggetto e credo che su questo non ci sia nulla da aggiungere.

Noi siamo in una condizione psico-fisica quando dormiamo, siamo in una condizione psico-fisica diversa quando siamo svegli e leggiamo un libro e siamo ancora in un'altra condizione psico-fisica quando ci prodighiamo in una prestazione sportiva.

(1) Rivista di psicologia individuale - SIPI - Milano, anno 9, n. 14, 5/1981, pag. 20.

Una condizione psico-fisica caratterizzata da un particolare stato di coscienza e da un altrettanto particolare rapporto interpersonale.

Per particolare stato di coscienza intendo uno stato di « elaborazione del pensiero » che non è quello che abbiamo quando siamo completamente svegli e non è nemmeno quello che abbiamo quando stiamo dormendo e sognando; e nemmeno è paragonabile a quegli stati di coscienza diversi e alterati che si ottengono attraverso particolari droghe, è uno stato diverso da tutti questi: particolare appunto.

Una caratterizzazione elettroencefalografica di questo stato è la seguente:

Le recenti acquisizioni in tema di asimmetria strutturale e funzionale degli emisferi cerebrali consentono di affermare che ogni emisfero pare essere predisposto ad operazioni specializzate.

Al sinistro dominante in quasi tutti i destrimani ed in circa i due terzi dei mancini, sarebbe demandato il controllo delle nostre facoltà razionali, il suo linguaggio è digitale, utilizza processi logici ed analitici, la codificazione dell'informazione avviene in forma verbale; il linguaggio invece dell'emisfero destro sarebbe prevalentemente analogico, in esso domina e si realizzano le sintesi.

L'emisfero sinistro può essere pensato come il matematico, l'ingegnere, l'emisfero destro l'artista che sono in noi.

Nel funzionamento normale dell'organismo i due emisferi raggiungono un alto grado di complementarietà e di integrazione e, di fronte ai problemi da risolvere proprio grazie alla loro specializzazione, sarà dominante l'emisfero più competente, attivandosi maggiormente, mentre l'altro si inibisce.

Attraverso la registrazione elettroencefalografica con analisi dello spettro di frequenza, si è valutata l'attività elettrica dei due distinti emisferi in stato di veglia ed in stato di ipnosi; lo spettro di frequenza rileva, in stato di veglia, un tracciato caratterizzato da un ritmo α di elevata ampiezza sull'emisfero Dx e di minore ampiezza su quello Sx. Ciò indica che l'emisfero Dx è, per così dire, relativamente « spento » rispetto a quello Sx, come conseguenza, di una inibizione e/o di una attivazione selettiva dell'altro emisfero. Nello stato ipnotico accade esattamente il contrario, con un ritmo α dominante nell'emisfero Sx, meno presente in quello Dx. Ciò può significare che l'emisfero Sx è in condizione di relativo « Riposo funzionale ».

Per particolare rapporto interpersonale intendo che fra il soggetto ed il terapeuta si crea un legame cooperativo particolare attraverso il quale il soggetto è disponibile a mettere a disposizione del terapeuta tutte le capacità che è in grado di attuare per realizzare i suggerimenti che gli vengono dati; si viene a realizzare, cioè, un profondo rapporto di fiducia, un rapporto profondo di « comunione ».

Lo stato ipnotico può essere concepito come un « essere più profondamente partecipe », come uno stato particolare di partecipazione grazie al quale il soggetto è più capace di essere in collegamento con se stesso, con l'esterno e in particolare con il terapeuta.

È come se il soggetto facesse più parte della situazione che sta vivendo, è come se fosse più capace di immergersi più profondamente. Questo concetto di ipnosi = « stato di partecipazione » richiederebbe qualche parola in più, ma il tempo che ho a disposizione per questa comunicazione non me lo consente; chi fosse interessato ad approfondirlo, può far riferimento al lavoro che ho elaborato con il collega Dr. Viana, lavoro premiato al concorso « C. CROSA » dall' AMISI nel 1976.

Attraverso questo stato è possibile aiutare e/o insegnare al soggetto a realizzare esperienze diverse; a titolo di esempio cito la possibilità di ottenere la modifica di percezione del mondo esterno: si possono realizzare delle alterazioni dell'immagine corporea; si possono alterare alcuni parametri fisiologici; si possono avere percezioni di sensazioni corporee particolari. È possibile variare i criteri di elaborazione dell'informazione in ingresso. È possibile alterare le emozioni sia accentuandole che diminuendole. Si possono avere dei cambiamenti nella continuità della memoria. È possibile alterare completamente il senso del tempo e dello spazio.

Esiste la possibilità di alterare la qualità dell'autocontrollo e di modificare alcune funzionalità dell'organismo, che in un passato nemmeno tanto remoto erano considerate al di fuori di ogni controllo volontario (mi riferisco in particolare all'attività del sistema nervoso autonomo, come è dimostrato dai risultati di recenti ricerche in medicina psicosomatica). Si può inoltre avere una accentuazione della capacità di ricordare, riportando alla memoria fatti ed esperienze che si pensavano del tutto cancellate.

E quest'ultimo è in particolare l'aspetto che qui più interessa.

Con l'ipnosi è possibile far ricordare al soggetto le sue esperienze precedenti.

Si possono descrivere due modi diversi di richiamare il passato, quello della cosiddetta « regressione » in cui il soggetto rivede il suo passato con atteggiamento, critica e sentimenti del presente; e quello della cosiddetta « rivivificazione », nel quale il soggetto entra nel passato, e si comporta, si esprime e sente come se fosse in quell'esperienza passata.

Nel primo caso il soggetto diventa capace di ricordare fatti e situazioni che difficilmente ricorderebbe nello stato ordinario di veglia, nel secondo caso invece il soggetto non solo diventa capace di ricordare, ma anche di rivivere nel presente alcune situazioni somatiche ed emotive proprie del periodo passato.

Con l'ipnosi, utilizzando in particolare queste tecniche di regressione di età, è possibile ottenere la modifica del comportamento inadeguato del soggetto attraverso una revisione della struttura patogena del suo stile di vita.

Lo stile di vita, nelle connotazioni cosce ed inconscie caratterizzanti inimitabilmente ogni oggetto, definisce, come scrive il Parenti, « l'impronta soggettiva finalistica e comportamentale di ogni personalità » (2).

(2) F. Parenti e Collaboratori: Dizionario Ragionato di Psicologia Individuale - Cortina-Milano, 1975, pag. 200.

Lo stile di vita inizia a costruirsi già nella primissima infanzia attraverso i meccanismi dinamici che il bambino attualizza, finalizzandoli.

Una struttura intrapsichica determinante alla caratterizzazione dello stile di vita è la struttura costituita dall'insieme dei significati dati dal soggetto alle sue diverse esperienze storiche.

Adler scriveva: « Noi siamo autodeterminati dal significato che attribuiamo alle nostre esperienze ... i significati non sono determinati dalle situazioni, ma siamo noi stessi a determinarci con i significati che attribuiamo alle situazioni » (3).

Questa supposta struttura si costituisce attraverso le successive attivazioni dei meccanismi di ricompensa e castigo, che sono quelli che danno un tono emozionale alle sintesi percettive.

Gli stimoli che dall'ambiente raggiungono l'individuo rappresentano una codificazione simbolica della realtà.

Gli organi di senso traducono l'informazione che rilevano da un codice simbolico in un codice chimico - elettrico.

La valutazione del significato dipende dalla decodificazione dell'informazione, decodificazione che a sua volta è vincolata alla comparizione della sensazione presente, attuale, con esperienze precedenti memorizzate.

Questa valutazione determina reazioni emozionali e conoscitive.

La struttura alla quale ho accennato funziona, allora, come ho detto, da fattore di regolazione del comportamento, col dare significato all'informazione in ingresso ed un senso all'esperienza.

Tale affermazione comporta il concepire l'organismo vivente come un « sistema aperto » teleonomicamente orientato, fondamentale nell'approccio adleriano, e l'accettazione della consistenza energetica dell'informazione.

Do per conosciuto il discorso fatto da Gian Giacomo Rovera sul « sistema aperto » riaffermando che in tale sistema non si realizzano unicamente dei processi irreversibili con produzione di entropia, ma si ha anche diminuzione di entropia e, a volte, la possibilità che questa raggiunga valori negativi.

Nell'organismo vivente è possibile, attraverso il processo di acquisizione e rielaborazione dell'informazione in ingresso, conseguire un effetto antientropico, il che consente la sistematizzazione dell'azione finalizzata.

Scrivono i Parenti: « Questa prospettiva teleologica d'interpretazione ha rinnovato l'orientamento della psicologia delineando, per chi opera in questo campo, obiettivi di analisi che non erano stati proposti da nessuna altra scuola » (4).

Tale sistematizzazione dell'azione può essere assicurata solo se esiste un determinato sistema di regole che definisca la rilevanza dell'informazione ricevuta, un sistema di criteri di preferenza sulla base del quale avvenga

(3) A. Adler: *Cos'è la Psicologia Individuale* - Newton Compton, Roma, 1976, pag. 12.

(4) F. Parenti e Collaboratori: *Dizionario Ragionato di Psicologia Individuale*, l. cit., pag. 201.

l'accettazione delle soluzioni da adottare, se esiste quindi la struttura che dicevo sopra.

Questa struttura esercita la sua funzione determinando il lavoro del soggetto in direzione del soddisfacimento delle sue esigenze e caratterizza il suo modo di essere, cioè la sua disposizione a emozioni, percezioni e azioni di un determinato tipo.

Questa struttura è l'organizzazione determinata dalle esperienze precedenti che, quando si è formata, dà un significato all'informazione in ingresso, e può essere concepita funzionalmente come un « programma », come un sistema di criteri, un sistema di criteri per la costruzione dell'immagine del mondo che ognuno di noi ha.

Nel contesto delle mie affermazioni, la patologia del comportamento può essere intesa come la manifestazione pragmaticamente inadeguata a « vivere nel mondo » determinata da una struttura intrapsichica di significati patogeni; e la possibilità di modificare il comportamento può consistere nella ristrutturazione di tale insieme di significati, nel revisionare lo stile di vita del soggetto e, come ho già detto, con l'ipnosi, attraverso adeguate tecniche di presa di coscienza in regressione di età, è possibile portare alcune variazioni circa il significato percettivo-emozionale e concettuale che il paziente ha attribuito alle sue esperienze di vita e che l'hanno condotto a costruire, su questo significato, modalità inadeguate per il raggiungimento di fini realizzativi.

Illustro brevemente la modalità che impiego per l'inserimento dell'ipnosi nel contesto del lavoro analitico.

Come prima operazione, oltre alle normali procedure necessarie all'instaurarsi del rapporto terapeutico, è necessario insegnare al soggetto ad apprendere e a mantenere uno stato di ipnosi che, come ho detto, è uno stato particolare di coscienza.

Appena il soggetto ha appreso ad « entrare in questo stato » gli suggerisco di raccontarmi brani della sua storia senza preoccuparsi di giustificare e spiegare le sue azioni ed i suoi pensieri, escludendo quindi il più possibile per il momento, ogni razionalizzazione delle situazioni, partendo dai suoi primi ricordi, invitandolo però a non preoccuparsi di fare un racconto cronologico e a lasciare « ruota libera » al corso dei suoi pensieri.

I primi ricordi ed i ricordi in genere sono per noi adleriani di fondamentale importanza. Adler scriveva:

«Ciò che ci mette in grado di capire immediatamente quale interpretazione ha di se stesso e della vita un individuo, sono i suoi ricordi. Ogni ricordo, per insignificante che possa sembrargli, rappresenta per lui qualche cosa di significativo, ed è significativo per l'influenza che ha sulla sua vita, quale egli se la raffigura. Esso gli dice: *questo è ciò che devi aspettarti*, oppure: *questo è ciò che devi evitare*, oppure: *così è la vita*. » (5).

E in particolare in riferimento ai primi ricordi scriveva: « Il più remoto di tutti i suoi ricordi ha un'importanza veramente notevole », esso

(5) A. Adler: l. cit., pag. 15.

racchiude la valutazione fondamentale che l'individuo dà di se stesso e della sua situazione, è la sua prima valutazione complessiva delle apparenze, il primo simbolo più o meno completo che egli si forma di se stesso e delle cose che ci si aspetta da lui » (6). E ancora « Il primo ricordo ci mostrerà il punto di vista fondamentale dell'individuo sulla vita, e la sua prima soddisfacente cristallizzazione del proprio atteggiamento » (7).

Il significato dato dal soggetto alle sue esperienze importanti allora « cristallizza » il suo atteggiamento, opera in lui come « imperativo di comportamento ».

Questo lavoro mi consente, pian piano, di cogliere globalmente il significato cosciente che il soggetto dà alla sua vita ed il suo modo di capire quali sono state le figure significative per lui, quali sono stati i loro rapporti, quali sono le sue esperienze spiacevoli, e pian piano sono in grado di isolare qualche significato importante che per lui funziona come « imperativo di comportamento ».

Nello stato di ipnosi suggerisco al soggetto di utilizzare le sue capacità mnemoniche e gli insegno a muoversi sulla traccia del tempo, usando le tecniche per la regressione di età, chiedendogli di raccontarmi esperienze che ha vissuto in passato, lasciando scegliere a lui l'esperienza e il « periodo in cui vuol fare tappa » nel suo passato.

Poi, sempre in stato di ipnosi, aiuto il soggetto a seguire catene di sentimenti, emozioni, comportamenti, qualsiasi contenuto mentale che emerga dal racconto e che ritengo utile alla chiarificazione dei significati delle esperienze.

In questo modo è possibile pian piano ricostruire le esperienze passate del soggetto nei significati che hanno avuto e che hanno al presente per lui.

Definita la struttura dei significati patogeni occorre intervenire per trasformarla, ristrutturarla, aiutando il soggetto in questa maniera a rivedere il suo stile di vita.

L'intervento del terapeuta non può cambiare i fatti storici, né cancellarli come esperienza, ma può contribuire a cambiare il significato che il paziente ha attribuito alle sue esperienze di vita, predisponendo di conseguenza il « significante » per le sue esperienze future.

Sono veramente molte le tecniche terapeutiche che possono essere finalizzate a tale obiettivo e penso di non poterle, per questioni di tempo, nemmeno elencare.

L'importante, a mio parere, in questa sede, è riaffermare che il terapeuta, nel suo intervento, sia pienamente consapevole del suo ruolo paritario e di cooperazione nei confronti del paziente per non scivolare in modalità di intervento negativamente manipolatorie e non autonomizzanti; modalità possibili con l'impiego dell'ipnosi, considerato il rapporto di estrema fiducia tra paziente e terapeuta indispensabile per realizzare lo stato ipnotico.

(6) A. Adler: I. cit., pag. 16.

(7) A. Adler: I. cit., pag. 60.

Concludo questa comunicazione leggendo due brevissime relazioni stilate da due miei pazienti su mia richiesta.

Il primo, un ingegnere di 38 anni che presentava una sintomatologia ereutofobica e che chiese il mio intervento come ipnologo: il trattamento psicologico durò una quindicina di sedute.

La seconda, una studentessa in medicina di 25 anni con una conclamata patologia fobica, in analisi già da due anni, il cui trattamento è ancora in corso.

Ad entrambi ho chiesto di riportare, in poche righe, l'esperienza vissuta in relazione all'impiego dell'ipnosi nella terapia.

Questo è il loro racconto.

1. caso:

Ho 38 anni e sono sposato, con un figlio di 8 anni, sono laureato e lavoro in una industria torinese da 10 anni. Ho diversi interessi (letture, sports, amici) ed ho molte soddisfazioni dalla famiglia, un po' meno dal lavoro.

I miei problemi sono iniziati quando ho cominciato a lavorare nel 1971: mi succedeva di essere spesso in ansia a causa dell'eurotofobia che si era già manifestata sporadicamente negli anni precedenti ed era diventata una reazione molto frequente alle più svariate situazioni in cui mi venivo a trovare a partire da quell'anno; quest'ansia mi causava anche disturbi gastro-intestinali (meteorismo) che mi facevano soffrire molto. Solo nel 1978 decisi di fare qualcosa per risolvere il mio problema e mi rivolsi perciò ad uno psicologo che mi avviò all'apprendimento del training - autogeno. Imparai non molto in fretta (oltre sei mesi), il T.A., ma non risolsi la ereutofobia; ottenni però buoni risultati per quel che riguarda il controllo dei disturbi intestinali. Continuai con il T.A. sperando di migliorare con gli esercizi del ciclo superiore, ma ciò non avvenne perché non riuscivo a realizzarli.

Arrivai così ai primi di gennaio del 1981, data in cui mi rivolsi al dott. Tirone, il quale, venuto a conoscenza dei miei problemi e delle terapie da me tentate, mi propose qualche « affondo esplorativo ». Le prime due sedute furono impiegate per migliorare le mie risposte agli esercizi del T.A.; dalla terza in poi, dopo essere entrato in ipnosi, cercai di rivivere, tornando alla mia giovinezza, le situazioni in cui mi capitava di arrossire. Incominciai allora piano piano a rivivere emotivamente vari momenti dell'anno in cui feci la 1ª media e rimasi bocciato; diventava sempre più chiaro che tutta la mia vergogna derivava dal fatto che avevo tradito le aspettative dei miei genitori (che facevano sacrifici per farmi studiare) rimanendo bocciato. Emergeva inoltre che era radicata in me la convinzione di essere « stupido ed incapace » e « che non sarei mai riuscito a niente nella vita », come spesso mi diceva il professore di lettere.

L'anno successivo mi impegnai a fondo (cambiando scuola) e fui pro-

mosso a pieni voti (ero riuscito a dimostrare, con l'impegno, a me e agli altri, che stupido non ero!).

Continuando con le sedute, verso la decima, emerse inoltre che il mio arrossire era anche dovuto ad una mia precisa scelta di comportamento di molto antecedente alla mia bocciatura: « essere timido mi conveniva per accattivarmi la benevolenza degli altri! ».

La comprensione di questi legami del mio comportamento attuale alla vita passata non è stato sufficiente a risolvere la mia fobia; le sedute seguenti sono state rivolte al controllo del sintomo mediante apprendimenti diretti in ipnosi: il terapeuta mi suggeriva di immaginare che le mie guance rimanessero fresche, mentre stavo per arrossire, anzi, più avevo paura di arrossire, più le guance diventavano fresche. Questo tipo di intervento fu fatto fino alla 15ª seduta, ma già dalla 11ª ho cominciato a trarne beneficio.

Oggi la mia paura è quasi completamente scomparsa.

2. caso:

Un anno fa non mi era possibile uscire di casa e servirmi dei mezzi pubblici, perché un senso crescente di paura, ansia e angoscia mi impediva di muovermi e persino di restare tranquillamente in casa, dove non ero più in grado di organizzare le mie giornate.

Ho vissuto e sto vivendo tutt'ora l'analisi come l'unica esperienza che mi ha reso possibile esaminare episodi in gran parte dimenticati della mia infanzia.

L'ipnosi, in cui il mio corpo e la mia mente si abbandonano totalmente, sotto il « potere della mia volontà », è il tramite reale che mi collega al passato così come io l'ho vissuto e così come esso ha impresso dentro di me sensazioni ed immagini che hanno condizionato la mia vita.

In ipnosi la mia mente si libera completamente da ogni legame col presente, ma non nel senso in cui io non lo percepisco, nel senso in cui esso scorre con i suoi rumori e la sua vita ed io non lo colgo. Ai ricordi che riaffiorano io rivivo i tempi passati e l'infanzia nei suoi più sfumati particolari: la sofferenza di allora si mitiga nella comprensione e nella maturità di oggi, il vissuto di allora si plasma alla luce dei miei anni e rivivo da adulta le mie esperienze che avevo allora interpretato coi pensieri di una bambina rifiutata e nella naturale impossibilità d'essere autonoma e forte come ora invece posso essere.

In questo periodo mi paragono spesso ad un bambino che sta crescendo, che segue per la prima volta la vita senza paure e proibizioni, un bambino che impara ad allontanarsi di casa senza timori, che impara a salire sugli autobus proprio come fanno i grandi.

Sono cosciente soprattutto di aver avuto un grande privilegio: quello di crescere ora per la seconda volta alla luce dell'interpretazione della mia infanzia, quando vivevo più o meno bene in funzione di quanto i grandi mi facevano sentire utile e serena, quando la mia mente, senza possibili difese, era fragile e malleabile.

Adesso cresco perché posso esaminare, ridimensionare e rivivere in una giusta luce quei ricordi che sono la chiave e la fonte della mia paura e della mia debolezza.

BIBLIOGRAFIA

- ADLER A.: Psicologia Individuale e conoscenza dell'uomo - Newton Compton, Roma, 1975.
- ADLER A.: Cos'è la Psicologia Individuale - Newton Compton, Roma, 1976.
- BASSIN F.V.: Il problema dell'Inconscio - Editori Riuniti, Roma, 1972.
- BERTALANFFY VON L.: Il sistema uomo - I.L.I., Milano, 1971.
- GRANONE F.: Trattato di Ipnotismo (sofrolologia) - Boringhieri, Torino, 1979.
- HALEY (a cura di): Le nuove vie dell'ipnotismo - Astrolabio, Roma, 1978.
- PARENTI F. e Collaboratori: Dizionario Ragionato di Psicologia Individuale - Cortina, Milano, 1974.
- ROVERA G.G.: Il sistema aperto della Individual Psicologia (in: Quaderni della Rivista di Psicologia Individuale n. 4 - Torino, 1979).
- TRONE G., VIANA L.: La psicoterapia e l'ipnotismo - Premio Amisi « G. Grosa », 1976.
- TIRONE G.: Proposta di un progetto di strategia psicoterapeutica nei disturbi del comportamento (in Rassegna di Ipnotismo - Sofrolologia - Stati di rilassamento e Medicina Psicosomatica) - Minerva Medica, Torino, gennaio-giugno 1981 (in pubblicazione).

FRANCESCO M. SCALA, ENRICO SCALA,
GIOVANNA PISANO

IGIENE MENTALE, TOSSICOFILIA, TOSSICOMANIA: METODOLOGIE E TECNICHE D'INTERVENTO NELL'OTTICA ADLERIANA

1. — La propensione all'uso della droga con il pericoloso espandersi delle tossicomanie, specie tra i giovani, ha posto sul piano della prevenzione e del recupero una difficile e non pienamente risolvibile problematica.

La prevenzione non sempre realizza i suoi intenti, le tendenze tossicofili, pur essendo oggetto di molta attenzione, risultano difficili ad essere rilevate, le terapie farmacologiche e psicoterapeutiche, a favore dei tossicodipendenti, sono quasi sempre di lunga durata e non sempre di successo. L'intervento strettamente medico ha uno spazio ristretto e risulta limitato essenzialmente alle urgenze tossiche, alle crisi di astinenza, alle complicanze infettive e alle terapie disintossicanti. Le riflessioni esposte hanno portato gli Autori a privilegiare negli interventi, in tal campo, strategie di tipo psico-sociale, basate su un accurato studio del vissuto personale, dell'ambiente socio-culturale e familiare nel quale i vari soggetti sono inseriti. Tutto ciò al fine di creare condizioni agevolanti per colloqui individuali e di gruppo.

2. — In questa comunicazione vogliamo parlare di « Igiene mentale - Tossicofilia - Tossicomania ». Perché resti chiaro il nostro pensiero riteniamo utile precisare concetti noti, ma che appare opportuno ribadire. Con il termine « Igiene », intendiamo riferirci a quella specifica branca della medicina che studia i mezzi atti a mantenere e migliorare la salute individuale e collettiva e con « igiene mentale » quel particolare settore della psicologia medica che si occupa dell'ambiente in cui vive l'uomo e che cerca di modificarlo in senso favorevole a un normale sviluppo psichico.

Con il termine « Tossicofilia » vogliamo definire una particolare struttura della personalità, che si esprime in un atteggiamento favorevole ad assumere sostanze dotate di particolari poteri eccitanti o sedativi. Perché la tossicofilia sfoci nella tossicomania è necessario un incontro tra questa predisposizione e una sostanza capace di produrre quella dipendenza psicofisiologica, che è alla base della vera tossicomania. L'incontro tra la personalità tossicofila e la sostanza tossica avviene con modalità varie, il più delle volte accidentali. Molte volte una personalità neurotica, venuta in contatto con la droga, trova in questa, per ragioni psico-dinamiche, il sollievo alla propria angoscia o il modo di trionfare su propri conflitti e inibizioni.

Per definire la tossicomania ci riferiamo alla tabella dell'O.M.S. che precisa: « La tossicomania è uno stato di intossicazione periodica o cronica prodotto dalle ripetute assunzioni di una sostanza (naturale o sintetica) ». Le sue caratteristiche sono:

- a) Un irresistibile desiderio o bisogno (coattivo) a continuare ad assumere la sostanza e a procurarsela con ogni mezzo.
- b) Una tendenza ad aumentare la dose.
- c) Una dipendenza psichica (psicologica) e di solito una fisica agli effetti della sostanza.
- d) Effetti dannosi all'individuo e alla società.

3. — Per poter adeguatamente intervenire si sono svolte delle indagini conoscitive al fine di prendere atto della consistenza del fenomeno e della sua inferenza nella comunità nazionale.

Secondo dati forniti dal C.N.R. e dall'Istituto Superiore di Sanità nel 1980, il numero di coloro che si sono avvicinati alla droga è stato di circa 68.000 persone. Di queste 21.000 sono veri e propri tossicodipendenti. Rispetto al 1979 vi è stato un incremento del 5%. La fascia di età prevalente è quella tra i 18 e i 25 anni. Crescente è il dato relativo ai morti: si è passato dai 129 del 1979 ai 208 del 1980.

Dei 68.000, di cui sopra, il 44% ha titolo di studio superiore alla scuola media; il 20% è occupato stabilmente, il 34% è disoccupato, regolarmente iscritto nelle liste di collocamento. Le donne che si drogano sono il 14%.

L'eroina occupa il primo posto (86%), segue la morfina (3%) e la cocaina (1,4%). L'attività svolta dai Servizi di Sanità Militare ha consentito di individuare ben 2.135 tossicodipendenti fra gli iscritti di leva.

Alto appare il dato riferito a coloro che sono reclusi nelle carceri, con una percentuale che si aggira tra il 34 e il 35% dei detenuti.

Un rapporto, accurato dall'Ufficio Studi e Programmazione del Ministero della P.I., rende note le risposte a un questionario sull'argomento rimesso a 13.562 Capi di Istituto.

Da esso risulta che si usa la canapa indiana nel 5,7% delle scuole, con queste proporzioni: nel 33,3% dei licei artistici, nel 24,2% degli scientifici, nel 22,7% degli istituti tecnici, nel 21,3% degli istituti d'arte, nel 16,2% dei professionali, nel 14,9% dei classici, nel 12,1% degli istituti magistrali, nel 3,1% delle scuole magistrali, nel 3% delle scuole medie, nello 0,1% delle scuole elementari.

L'eroina circola nell'1,6% degli istituti che hanno risposto con queste proporzioni: 17,9% nei licei artistici, 7,4 nei tecnici, 6,8% negli scientifici, 5,6% negli istituti d'arte, 3,7% negli istituti magistrali, 3,1 nei professionali e nelle scuole magistrali, 2,7% nei classici, 0,7% nelle medie, 0,3% nelle elementari.

La cocaina si usa nello 0,2% delle scuole (soprattutto licei scientifici, istituti magistrali, istituti d'arte, ecc.).

Lo LSD è presente nello 0,5% delle scuole, soprattutto magistrali e licei scientifici. Le anfetamine nello 0,6% delle scuole, in special modo nei licei scientifici.

Questi dati desunti da informazioni fornite dai Capi di Istituto, sulla base di quanto a loro noto, pur esprimendo una situazione sempre più in negativa evoluzione, sono da considerare certamente inferiori alla realtà. Del resto non tutti gli istituti interessati hanno aderito a rispondere.

4. — Difficile appare l'indagine conoscitiva, ma ancora più difficoltosa è la preventiva ricerca dei soggetti portatori di tossicofilia.

Qualcosa forse è possibile fare per quelle persone che manifestano un profondo richiamo per le sostanze euforizzanti e che sono spinte alla ricerca di una droga da bisogni edonistici, impliciti nello sviluppo della personalità. In queste circostanze la droga ricercata non è definita nelle sue proprietà farmacologiche. Solo successivamente il tossicofilo, dopo aver incontrato la droga di scelta, può trasformarsi in un tossicomane.

Nel nostro studio abbiamo cercato come primo passo di valutare le iniziative prese nello specifico campo delle istituzioni pubbliche e private. Abbiamo rilevato che oggi l'assistenza ai tossicodipendenti viene svolta essenzialmente dalle strutture ospedaliere, tramite cicli di svezamento con metadone e terapie per evitare i sintomi più fastidiosi della crisi di astinenza. Altre strutture presenti sono le cosiddette « comuni », sorte, quasi sempre, da iniziative spontanee e rivolte ad allontanare il tossicodipendente dall'ambiente territoriale o familiare di estrazione e tese ad inserirlo in una nuova realtà, dove può ritrovare dei valori e degli stimoli che precedentemente gli erano venuti a mancare.

Queste strutture operano a favore dei T.D. abituali; poco o nulla si fa per il tossicofilo e nel più vasto campo dell'igiene mentale. Nel tentativo di affrontare tale specifica problematica abbiamo elaborato un programma (riportato in allegato) tendente a rinforzare la personalità dei singoli ed alla individuazione ed al trattamento dei soggetti sopradetti.

5. — È noto che l'indirizzo generale della psicoterapia adleriana persegue l'obiettivo di un reinserimento sociale attivo dell'individuo e consta di tre fasi concettualmente distinte ma che nell'attività pratica si integrano vicendevolmente. La prima si propone, mediamente colloqui, di appurare la causa del malessere; la seconda tende a rielaborare la formazione dei meccanismi di compenso e a dimostrarne la fondamentale inutilità agli effetti del raggiungimento di una reale sicurezza interiore, l'ultima, quella rieducativa, è diretta ad eliminare gradualmente le compensazioni innaturali, sostituendole con altre positive e normalizzando così il comportamento in ogni settore. La tecnica della terapia è quindi del tipo attivo, centrata sullo sviluppo dell'Io e sullo stile di vita. L'approccio con il terapeuta è un approccio sociale ed il ristabilimento si ottiene con uno sforzo di adeguamento alla società contemporanea, incoraggiando nel soggetto la tendenza a comunicare e a lottare per risolvere le difficoltà individuali, senza autoinganni. Compiti vitali per l'uomo sono, per Adler, « lavoro, amore, amicizia ». Tutte le sofferenze umane trovano la loro origine nelle difficoltà che rendono complicati questi compiti. L'idoneità alla collaborazione può svilupparsi solo quando non ci si estranei, quando vi è senso di solidarietà, capacità di adattamento e cooperazione.

Le « Massime direttive per l'esercizio della psicologia individuale », riportate in « Prassi e Teoria » (1), lette attentamente, possono essere finalizzate anche per un proficuo impegno nella problematica in argomento.

6. — Per realizzare quanto abbiamo esposto abbiamo ritenuto opportuno elaborare due tipi di corsi: uno per animatori di comunità ed uno per giovani. Il corso per giovani è stato inquadrato in attività di ippoterapia e laboratorio del movimento.

I principi dell'intervento ippoterapico sono stati da noi esposti nella Tavola Rotonda, tenutasi in Roma il 18/1/'79, nella Sala Conferenze della Federazione della Stampa Italiana.

L'ippoterapia, da anni normalmente praticata in Francia, Inghilterra, Italia ed altri Paesi, è sorta come esperienza di tecnica riabilitativa per handicappati. Si tratta, in sintesi, di condurre persone in difficoltà psichiche e motorie a far esercizi fisici con l'aiuto dell'andatura del cavallo, attraverso un piano di lavoro individuale, utilizzando un sicuro e capace maneggio e con adeguata ginnastica preparatoria. L'incontro con il cavallo, lo stare in campagna, all'aria aperta, lo svolgere con altri un lavoro individuale e di gruppo, la soddisfazione e la gratificazione del riuscire sono elementi di successo di tale tecnica, che riteniamo possa essere utilizzata anche nel campo della droga o per lo meno possa assicurare una condizione facilitante per una prevenzione o per un recupero.

Il laboratorio del movimento porta ad interessarsi del proprio corpo, a ridurre la tensione emotiva, a rilassare la mente, a sviluppare l'ascolto interiore e le tecniche di rilassamento, a ritrovare sintonia con se stessi, gli altri, l'ambiente.

Le attività sopraindicate portano ad equilibrare la propria personalità, danno senso di socialità e di sicurezza, appagano desideri inconsci di prestigio e facilitano l'instaurarsi di validi colloqui individuali e di gruppo.

Le esperienze da noi condotte si sono svolte su scala ridotta e pertanto non ci consentono di generalizzare i risultati, ma esse appaiono altamente produttive e ciò ci ha indotti a discorrere di tali tecniche al fine non solo di diffonderle ma anche per uno scambio di opinioni e di pareri.

(1) A. Adler: « Prassi e Teoria della Psicologia Individuale », Newton Compton, Roma, 1970.

APPENDICE

Corso anti-droga per animatori di comunità

Il corso ha lo scopo di fornire una valida ed equilibrata informazione per la prevenzione dagli stati di tossicodipendenza, specializzando nella materia coloro che sono destinati ad impartire lezioni ai giovani in tale specifico campo.

Argomenti da trattare

- 1° Dimensioni sociali nella problematica della droga.
Caratterizzazione socio-psicologica del tossicodipendente.
Igiene mentale, tossicofilia, tossicomania, metodologie e tecniche di intervento nell'ottica socio-psicologica.
- 2° L'aspetto farmacologico, l'intervento strettamente medico.
- 3° L'intervento urgente. Le tecniche di svezamento.
- 4° Le difese contro le tossicomanie.
- 5° Il ruolo dell'Istituzione nella formazione dei giovani.
- 6° Demitizziamo la droga, il ruolo degli ideali, dello studio, dell'attività culturale, dello sport, della partecipazione alla vita comunitaria.
- 7° Possibilità di una corretta, rigorosa attività su base scientifica, ma a livello divulgativo.
- 8° Discussione generale, conclusioni.

Eventualmente, anche esempi di drammatizzazione per spunti ideativi ed acquisizione di tecniche.

Un esempio: Eroina non viene da eroe

Quattro quadri che caratterizzano spazi tradizionali di una scuola (giardini, cortile, palestra, corridoi, aula).

Appunti di dialogo: vociare di fanciulli che giocano, voce che invita a rientrare in classe;

Discorso: la droga dilaga, perché, cosa si fa, fatti di cronaca, episodi letti dai giornali, visti alla T.V., al cinema;

Perché si drogano? Perché c'è tanta paura? Come sensibilizzarsi? Pericoli e rimedi.