

# **LA PSICOTERAPIA DEL BAMBINO E DELL'ADOLESCENTE**

Atti del 1° Congresso Nazionale  
della Società Italiana di Psicologia Individuale  
2° Tema

**RIVISTA DI PSICOLOGIA INDIVIDUALE**

Anno 7 - N. 11 - Settembre 1979

RIVISTA  
DI  
PSICOLOGIA  
INDIVIDUALE

---

Anno 7

N. 11

Settembre 1979

---

Tipografia Saronne  
Via Washington, 13  
20 146 Milano

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

**DIREZIONE**

Piazza Irnerio 2  
20 146 Milano

**REDAZIONE E  
AMMINISTRAZIONE**

Via Giasone del Maino 19/A  
20 146 Milano  
presso la Segreteria della Società  
Italiana di Psicologia Individuale

**DIRETTORE RESPONSABILE**

Prof. Francesco Parenti

**REDATTORE CAPO**

Dott. Pier Luigi Pagani



## INDICE

- |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>F. PARENTI - P.L. PAGANI<br/>«L'adolescente drogato come paziente di<br/>psicoterapia» pag. 5</p> <p>G. CANZIANI - F. MASI<br/>«Significato dei primi ricordi infantili: loro<br/>importanza nella diagnosi e nella psicoterapia<br/>con particolare riguardo alla età evolutiva»<br/>pag. 15</p> <p>G.G. ROVERA - A. FERRERO<br/>«L'interpretazione: problemi nelle psicoterapie<br/>dell'età evolutiva» pag. 35</p> <p>F. CASTELLO<br/>«Le nevrosi adolescenziali e la compensazione della<br/>volontà di potenza» pag. 43</p> <p>E. PASINI<br/>«Importanza dell'insight nella terapia del bambino<br/>odiato» pag. 51</p> <p>D. ZAVALLONI<br/>«La dottrina pedagogica di Maria Montessori:<br/>sue affinità con il pensiero adleriano e sua<br/>utilizzazione nella psicoterapia del bambino»<br/>pag. 57</p> <p>A. ANGLÉSIO - S. FARINA<br/>«Utilizzazione del C.A.T. nella prima infanzia<br/>per l'indagine sullo stile di vita» pag. 63</p> <p>P.L. TOGLIANI<br/>«Il substrato eroico e costrittivo nei tentativi di<br/>suicidio dell'adolescenza» pag. 69</p> <p>A. BALZANI - D. MANGHI -<br/>A. MASCETTI - E. MANGHI<br/>«Un approccio psicodinamico alla rivalità<br/>fraterna» pag. 73</p> <p>E. PRUNELLI<br/>«Il vissuto di attività sportive di gruppo come tema<br/>psicoterapeutico nell'adolescenza» pag. 87</p> <p>G. MEZZENA - R. SIMONASSI<br/>«Approccio psicoterapeutico di gruppo con<br/>adolescenti che presentano radicali psicotici o gravi<br/>nevrosi» pag. 93</p> <p>C. MAROCCO MUTTINI<br/>«Problemi di setting nella psicoterapia<br/>dell'adolescente. Contributo personale» pag. 104</p> | <p>F. MAIULLARI - S. FASSINO<br/>«Angoscia e processi simbolici nell'età evolutiva»<br/>pag. 116</p> <p>G. MORASSO<br/>«Problematiche a contenuto religioso e loro<br/>significato in due casi di nevrosi adolescenziale»<br/>pag. 122</p> <p>S. MARCELLI<br/>«Il bambino come risposta alle influenze sociali»<br/>pag. 127</p> <p>M.L. TACCONIS<br/>«Il problema della committenza nelle psicoterapie<br/>infantili» pag. 131</p> <p>L. GRANDI<br/>«Approccio psicodiagnostico e psicoterapico<br/>all'adolescente deviante» pag. 134</p> <p>P. CASALONE<br/>«I problemi educativi di una micro comunità in una<br/>prospettiva adleriana» pag. 142</p> <p>M. MAZZONE<br/>«Esperienza di psicoterapia "mediata" in una<br/>equipe psico-pedagogica» pag. 151</p> <p>E.F. CASARI<br/>«Considerazioni in chiave adleriana sulla<br/>psicoterapia a indirizzo psicoanalitico condotta<br/>con un adolescente. Analisi e confronto delle due<br/>modalità interpretative» pag. 163</p> <p>F.M. SCALA<br/>«Le paure dei bambini: seguendo Adler, la tecnica<br/>dell'interpretazione» pag. 170</p> <p>M. ZERBINATI<br/>«Emarginazione nella scuola dell'obbligo:<br/>possibilità di intervento psicologico» pag. 178</p> <p>Rassegna bibliografica pag. 184</p> <p>Necrologi pag. 187</p> |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

## COMUNICAZIONE D'APERTURA

FRANCESCO PARENTI

PIER LUIGI PAGANI

### L'ADOLESCENTE DROGATO COME PAZIENTE DI PSICOTERAPIA

La crescente incidenza delle tossicomanie giovanili e il frequente ricorso, spontaneo o indotto, a un trattamento psicoterapeutico per questo problema da parte di soggetti in età adolescenziale stanno delineando, per gli analisti, una nuova figura di paziente con caratteristiche tanto peculiari e "diverse" da richiedere radicali modifiche nell'inquadramento operativo e prognostico dei casi, rispetto alle altre tematiche sino a un recente passato prevalenti.

Abbiamo ritenuto interessante portare a questo congresso alcuni dati desunti dalla nostra esperienza professionale nel settore specifico, con la speranza che le nostre osservazioni siano utili ai colleghi come termine di confronto e contribuiscano a prospettive di soluzione almeno parziali per uno dei più gravi problemi sociologici del nostro tempo. Ci ha sollecitati a intervenire sulla questione anche il particolare coinvolgimento emotivo che abbiamo provato nel corso di processi terapeutici assai più avari di gratificazioni rispetto alla corrente patologia nevrotica, già largamente collaudata da quasi scontate esperienze di successo. Nel trattare le tossicomanie degli adolescenti, infatti, abbiamo vissuto l'esperienza scoraggiante di combattere contemporaneamente su due fronti: all'abituale lotta condotta assieme al paziente-alleato contro le sue finalità inconscie, si aggiungeva qui la necessità di affrontare avversari ben più terribili e agguerriti, coloro cioè che, nell'ambiente sociale, conducevano contro di noi, con ogni mezzo, una criminosa azione di plagio.

Non affronteremo comunque in questa sede il fenomeno droga nelle sue linee generali (per cui rinviamo a un nostro lavoro pubblicato sull'ultimo numero della Rivista di Psicologia Individuale (1)), ma ci

---

(1) F. Parenti, P. L. Pagani, F. Fiorenzola: "La droga: un plagio. Contributo alla revisione di alcuni luoghi comuni sulle tossicomanie giovanili", Rivista di Psicologia Individuale, N. 9, Milano, settembre 1978.

limiteremo a sviluppare i temi dinamici e metodologici riguardanti l'analisi.

### *Soggetti considerati*

Gli elementi che riferiremo riguardano pazienti di età variabile fra i 12 e i 18 anni, senza preferenziali incidenze per quanto riguarda la condizione socio-economica, in prevalenza studenti, in percentuale minore lavoratori e privi di occupazione, egualmente distribuiti fra i due sessi.

Abbiamo preso in esame ogni tipo e ogni livello delle tossicomanie, acquisendo dati da consumatori abituali e sporadici di: eroina, morfina e morfinosimili, cocaina, acido, canapa e suoi derivati, amfetaminici, solventi, sostanze volatili e preparazioni estemporanee varie.

Le informazioni che riporteremo non si riferiscono solo a casi in cui il trattamento ha avuto un approfondito e continuativo sviluppo, ma anche a quelli caratterizzati da semplici colloqui preliminari o da interruzioni, poiché queste situazioni ci sono sembrate pur sempre una forma di approccio meritevole di critica.

### *Modalità e condizionamenti dell'accesso all'analisi*

Una percentuale sensibile dei soggetti in esame è giunta al terapeuta in seguito a consigli, pressioni o imposizioni da parte dei genitori o di altri familiari. Ciò ha comportato una notevole percentuale di resistenze, quantitativamente e qualitativamente variabili da un'aperta ostilità a una collaborazione fittizia e non coinvolta come copertura di un astensionismo di fondo, a una disponibilità perplessa e difesa.

Altri ragazzi sono stati sollecitati dal medico curante. In tali casi le resistenze sono state meno drastiche e quasi mai palesamente polemiche, con una gamma dinamica oscillante dall'ambivalenza diffidente all'accettazione parzialmente inibita. Altre volte ancora il consiglio del medico è stato un fattore di liberazione per una scelta già pensata e quindi più spontanea. Analogo è l'inquadramento critico dei giovani avviati al trattamento psicologico dall'intervento di un insegnante. Ancora minore è stata l'incidenza delle difese nei soggetti positivamente influenzati da coetanei, sia che questi fossero già reduci da una situazione analoga, sia che fossero immuni dalla droga. L'aderenza

psicologica agli amici consiglieri è risultata direttamente proporzionale al grado della loro affinità nel costume e nell'ideologia professata.

Vi sono state poi scelte del tutto spontanee, con un'incidenza ovviamente molto più bassa delle resistenze. Alcune decisioni autonome, comunque, hanno rivelato in seguito il carattere di reazioni a circostanze esterne: soprattutto la morte per droga di qualche amico o conoscente e la comparsa sulla scena emotiva di un nuovo partner amoroso non tossicomane, nei confronti del quale il fatto di essere drogato avrebbe rappresentato una devalorizzazione.

Poiché per noi la consulenza giuridica è un'attività solo occasionale, abbiamo registrato un'incidenza limitata di giovani spinti all'analisi dal bisogno di ottenere una protezione legale per un processo pendente. È ovvio che si siano osservate in questa sede delle inibizioni autodifensive, in genere però non clamorose per il nostro ruolo di consulenti di parte e non d'ufficio.

Teniamo a precisare che il verificarsi di blocchi o di ambivalenze iniziali verso il terapeuta ha determinato solo in qualche caso l'impossibilità di continuare l'analisi. Non rari sono stati infatti i pazienti che si sono resi conto sul tempo della nostra posizione solidale, decidendosi a cooperare. Sottolineiamo ancora che "collaborazione analitica" non significa superamento della tossicodipendenza, ma solo disponibilità a interpretarne il significato profondo e a dividerne la sofferenza. Della prognosi psicologica "quoad valetudinem" parleremo più avanti.

### *Finalità del paziente*

Analizzeremo qui sinteticamente le più comuni motivazioni di fondo al trattamento nei giovani tossicomani che lo hanno accettato, collaborando con emotività almeno al rapporto interpersonale nella situazione psicoterapica. Escluderemo pertanto i casi in cui l'inserimento nell'analisi è stato vissuto unicamente come "alibi", ossia come artificio di superficie diretto a placare presumibili interventi della famiglia, limitativi della libertà personale e delle scelte anticonformiste di costume, incluso il consumo di droghe.

Alcuni pazienti hanno mostrato, sin dall'inizio o nel corso dell'iter terapeutico, che la loro scelta era sentita, ma molto riduttiva come scopo finale. Essi provavano realmente il bisogno di un aiuto affettivo e di una solidarietà amichevole, generica o anche per il problema specifico, ma non desideravano davvero liberarsi dal fantasma della droga.

Questo era ormai tanto compenetrato nel loro stile di vita da rappresentare un elemento indispensabile per ogni piano di esistenza. Alla base del fenomeno si configurava o un vissuto pseudoeroico, inalienabile come soluzione valorizzatrice per una debolezza di base, o una rassegnazione autodistruttiva alla decadenza abulica o la necessità emozionale di permanere in un gruppo inesorabilmente tarato. Il quadro era comunque vissuto come almeno parzialmente frustrante o come fonte di terrore tanatofobico e necessitava pertanto di un sostegno compensatorio.

Altri giovani si sono avvicinati all'analista per sottoporgli un problema precedente all'assunzione della droga e non ancora risolto, nel cui ambito risiedevano spesso le ragioni profonde della scelta tossicomaniaca, facilitata poi da interventi esterni di contagio. Questo tipo di paziente è risultato il meglio trattabile sul piano psicologico, con una più ampia apertura di prognosi. La soluzione del conflitto di partenza, infatti, avrebbe neutralizzato gli scopi della compensazione morbosa. L'abitudine alla droga, ormai radicata come riflesso comportamentale autonomo e sganciata dalle cause primarie, ha rappresentato però talvolta un ostacolo insormontabile, protraendosi anche dopo il superamento dello stimolo di base.

Una parte dei tossicomani, infine, ha dimostrato chiaramente di aver fatto una scelta contro la droga, in ambivalenza con l'incapacità di attuarla senza un aiuto psicologico.

### *La tendenza a mentire del tossicomane come problema di analisi*

La censura o la modifica di alcuni contenuti per autodifesa è un fenomeno che si osserva correntemente nei soggetti in psicoterapia: nella maggior parte dei casi come manifestazione guidata dall'inconscio e in una parte minore come fatto consapevole. Negli adolescenti tossicomani, però, la menzogna pertinace e cosciente assume incidenze tanto rilevanti da caratterizzare in modo clamoroso la categoria. Le principali ragioni di questo tratto comportamentale ci sembrano, in sintesi, le seguenti:

- 1) Il giovane drogato ha consuetudine, amicizia e legame di subordinazione con gli spacciatori o è lui stesso uno spacciatore. Poiché lo smercio di droga è un reato, egli acquisisce perciò un orientamento difeso e sospettoso verso l'ambiente, tipico di ogni criminale.

2) Il giovane drogato ha in genere una personalità debole e insicura, che lo costringe a un atteggiamento iperdifeso nei rapporti interpersonali, bene avvertibile anche quando si maschera con una protervia scontrosa di superficie.

3) Il giovane drogato deve nascondere il suo vizio, la sua continuazione o le sue recidive alla propria famiglia, per timore delle punizioni, di perdite della libertà personale o della cessazione di vantaggi economici contingenti.

4) Il giovane drogato, per le motivazioni sopra esposte, è portato, almeno all'inizio della terapia, a inquadrare anche l'analista come braccio della famiglia e della società e quindi a strutturare nei suoi confronti difese basate sulla menzogna.

5) Il giovane drogato compensa la sua insicurezza con l'evasione dalla realtà offertagli dalle sostanze tossiche. Tale linea direttrice si estende spesso oltre il fatto specifico, inducendo il soggetto a pseudovalorizzazioni eroiche mediante la mitomania, il che rappresenta una forma di menzogna ancor più grave sul piano psicopatologico.

6) Il giovane drogato, anche quando collabora attivamente con il terapeuta e segue in linea di massima le scelte di vita con lui concordate, è quasi inevitabilmente vittima di almeno sporadici ritorni alle distorsioni comportamentali. Queste falle nella sua collaborazione provocano in lui vergogna e senso d'inferiorità tanto forti da spingerlo a nascondere o ad alterare alcuni episodi del suo vissuto attuale.

Da quanto abbiamo esposto discende che l'analisi dei giovani drogati deve effettuarsi elaborando anche una certa percentuale di dati falsi e incompleti. L'analista, poi, quando si accorge di lavorare su materiale fittizio, deve procedere con estrema delicatezza nell'affrontare il problema con il paziente, per non provocare in lui contro-reazioni ostili tanto intense da inattivare il trattamento. La conquista progressiva e sofferta della sincerità nel soggetto analizzato costituisce un obiettivo di grande importanza. Un valido presupposto per giungere a questo fine è il prospettarsi assieme come persona solidale, meritevole di confidenza e non complice nella deviazione, ma anzi critica verso di essa.

#### *L'autoconvinzione del diritto a ricevere come tratto specifico dell'adolescente drogato*

Una sensibile percentuale di operatori medici e paramedici, specie in campo ospedaliero, palesa resistenza, irritazione o addirittura ostilità



verso i giovani tossicomani. Persino alcuni psicoterapeuti rifiutano di prenderli in cura. Tale fenomeno deriva, a nostro parere, soprattutto da una caratteristica comportamentale di questa categoria di pazienti. Essi infatti evidenziano molto presto una tendenza alla rivendicazione polemica, ad esigere accusando in ogni settore. E coloro che accettano di dare senza ricevere gratitudine, o con la contropartita frustrante del disprezzo, sono ben pochi. Molti drogati in effetti esigono aggressivamente, con atteggiamento anche minaccioso, la prescrizione di farmaci sostitutivi o un determinato trattamento durante eventuali degenze. Il loro approccio con i sanitari, con gli infermieri o con gli operatori sociali assume talora toni protervi, accusatori, direttamente o indirettamente colpevolizzanti. Questo stile di sfida è abitualmente più attenuato nei rapporti accettati con lo psicoterapeuta, poiché la sua manifestazione integrale varrebbe come implicito rifiuto del trattamento. La segnalazione polemica di una serie di esigenze intese come diritto compare comunque spesso nel corso dell'analisi e si accompagna a una semantica irritante, anche se non rivolta specificamente verso l'analista.

Ci sembra che questo tratto d'azione e di comunicazione esasperati un'impronta generale, presente a livello minore nelle ultime generazioni giovanili. Essa nasce, come abbiamo già rilevato in altra sede, da modelli educativi nel contempo ipergratificanti e frustranti, che danno agli adolescenti la falsa impressione di essere meritevoli di sostituire, nella gestione del potere, gli adulti, che però continuano nei fatti a gestirlo.

Circa le ragioni per cui l'adolescente tossicomane accentua con aggressività il suo presunto diritto a ricevere, possiamo formulare le seguenti ipotesi:

1) Il giovane che si droga è quasi sempre un individuo debole, emotivamente a livello infantile, con le caratteristiche tipiche del bambino viziato. La dipendenza dalle sostanze tossiche lo fa ulteriormente regredire e lo conduce ad elaborare qualcosa di analogo al "pianto cattivo" con cui nell'infanzia si esige l'osservanza di una promessa non mantenuta.

2) Il giovane che si droga configura il suo vizio come una finzione eroica e maschera quindi la sua insicurezza con una recitazione di superiorità emarginata. La tenuta di questo artificio, per lui indispensabile, è legata all'obbligo di disprezzare i "cosiddetti normali". Di qui l'impossibilità di manifestare una gratitudine che farebbe crollare tutto l'edificio compensatorio.

3) Il giovane che si droga finisce per assumere, come si è visto, una

mentalità criminale. Egli è pertanto sospettoso e guardingo tanto da diffidare persino di chi lo gratifica. Per giustificare la sua devianza, egli è costretto inoltre a ipercolpevolizzare la società.

Tutte queste componenti dello stile di vita dei tossicomani non possono certo essere considerate, nell'ambito della psicoterapia, come obiettivi da punire. L'impegno di solidarietà affettiva non deve però indurre l'analista alla complicità rinunciataria, poiché lasciare inalterati questi dinamismi significherebbe cronicizzare una sofferenza da emarginazione. Vale, a questo proposito, la 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.

### *Transfert e controtransfert*

Per transfert, lo precisiamo subito, intendiamo una serie di modalità di rapporto emotivo che il paziente struttura verso il terapeuta nel corso di un'analisi accettata e sufficientemente protratta. Escludiamo pertanto da questo paragrafo le reazioni iniziali di rifiuto a un trattamento non scelto o addirittura imposto.

Con l'esclusione di cui sopra, mancano nella nostra casistica specifica esempi di transfert negativo tanto intenso da inattivare il trattamento. Ciò non significa affatto una registrazione costante di successi circa il problema droga. In alcuni casi siamo riusciti a stabilire un ottimo rapporto transferale, con un ruolo sintomatico di rassicurazione affettiva e di scarico contingente dell'ansia, senza che ciò comportasse purtroppo l'abbandono definitivo della droga. In altri casi, invece, il transfert è stato una premessa per il recupero. La nostra figura è stata vissuta in prevalenza non in chiave genitoriale, ma come quella di un amico capace di comprendere e di restare solidale, anche se su posizioni diverse. Le manifestazioni di transfert negativo, in genere occasionali e di breve durata, erano più spesso legate alle seguenti tematiche:

- vergogna del paziente per sue recidive, trasformata per compenso in aggressività transitoria;
- reazioni oppositive alle critiche su settori lesivi e antisociali dell'ambiente, vissuti invece dal soggetto in chiave idealizzata;
- ripiegamenti depressivi, carichi della tipica componente accusatrice e scontrosa;

- eventuali e settoriali coincidenze delle opinioni del terapeuta con quelle dei genitori del soggetto, avversate per assunto.

Secondo la nostra prassi abituale, non abbiamo mai ritenuto necessario effettuare un'analisi del transfert positivo e abbiamo sempre invece ritenuto indispensabile interpretare il transfert negativo sino a una sua soluzione.

Il trattamento dei drogati comporta con una certa frequenza pericoli di controtransfert negativo. Le ragioni sono già state da noi sottolineate nell'analisi del comportamento irritante, polemico e rivendicativo del giovane tossicomane. Entrano in causa qui anche le tematiche di conflitto fra due generazioni, di cui quella matura si sente frustrata per la perdita di ruolo e quella giovanile si sente frustrata, talora inconsapevolmente, per la carenza di una guida o almeno di un termine di confronto credibile. Il controtransfert negativo può comportare arroccamenti autodifensivi su posizioni fredde e troppo tecniche, poiché le reazioni direttamente aggressive non sono neppure pensabili in un terapeuta con una buona preparazione analitica. In noi può strutturarsi legittimamente la trattazione polemica e pubblica di un problema (che prende corpo ad esempio in questa comunicazione), ma non il rapporto polemico con un paziente, quale sia il suo atteggiamento nell'analisi. Ancora lungo una linea adleriana, pensiamo che la prevenzione del controtransfert negativo debba basarsi sull'obbligo di una posizione "transgenerazionale" dell'analista e nel suo impegno verso una conquista affettiva del soggetto, il cui raggiungimento rappresenta sempre la più grossa fonte di appagamento professionale.

Non ci è parso che questo tipo di trattamento abbia presentato maggiori incidenze di preoccupazione per quanto riguarda gli eccessi di transfert, affettivizzati o erotizzati. Il controllo e l'incanalamento non traumatico dell'erotizzazione sulla via di un legame affettivo non morbosizzato non offrono in genere, per i giovani tossicomani, particolari problemi rispetto alla normale prassi analitica. L'intensità del transfert apre se mai più ampie garanzie di recupero, poiché in tali casi il paziente tiene a ben figurare gratificando il terapeuta.

Più seri pericoli scandisce invece la morbosizzazione del controtransfert, specie negli operatori non preparati o addirittura improvvisati, nell'ambito ad esempio delle iniziative spontaneistiche. L'adolescente drogato, infatti, tende a coinvolgere chi vuole redimerlo, specie nell'uso di droghe minori, presentato come rituale di affratellamento. Siamo pertanto contrari all'abitudine, che si va estendendo, di far seguire a lungo e in profondità giovani tossicomani da parte di persone non

collaudate sul piano analitico, il cui aiuto può essere per contro largamente e con minore incidenza di rischio acquisito nell'operatività pragmatica di superficie.

### *Apporti e interferenze ambientali*

La psicoterapia dell'adolescente drogato non può prescindere dalla situazione familiare, sia perché in essa si nascondono talvolta i fattori della recettività personale, sia perché i dinamismi della famiglia continuano a interagire, e spesso in modo negativo, con il trattamento. È sempre indispensabile, per la strutturazione e il mantenimento del transfert, che l'analista si presenti come consulente del soggetto e offra le garanzie del segreto professionale. Se possibile, e con l'esclusione dell'impegno etico a segnalare gravi e reali rischi che un minore può correre, gli eventuali colloqui con i genitori devono essere tenuti con il consenso e nei confini concordati con il giovane paziente, soprattutto per quanto riguarda eventi affettivi e sociali estranei al problema droga. Sebbene la collaborazione dei familiari possa risultare preziosa per la soluzione di conflitti predisponenti, l'adolescente deve essere condotto con gradualità verso un'autonomia critica, tale da consentirgli l'abbinamento dell'affettività all'indipendenza di giudizio.

Le interferenze della famiglia sono a volte scoraggianti. I due errori più clamorosi dei genitori, diametralmente opposti, consistono in una generale punitività iperaggressiva, estranea al fenomeno droga e al problema delle compagnie dissociali, che impedisce la scelta di compensazioni sostitutive, e in un patetico atteggiamento imitativo pseudoprogressista che non fornisce al giovane solidi termini di confronto e ribadisce la legittimità del suo orientamento distruttivo. Sempre negativo, ma più facilmente superabile quando è in corso un'analisi, è lo scoraggiamento abulico della famiglia, di linea depressiva, che può essere compensato dal sostegno costante e credibile del terapeuta. Abbiamo inoltre registrato, per la verità, alcuni esempi di validissima collaborazione familiare, in giusto equilibrio fra la critica e l'aiuto solidale. In tali casi, comunque, l'origine della tossicomania era quasi sempre da riferirsi al solo contagio esterno.

Non è raro che l'adolescente drogato manifesti il desiderio di far conoscere al suo analista qualche amico, anch'egli tossicomane o invece attivo propagandista del recupero. Nell'uno e nell'altro caso siamo in linea di massima favorevoli a queste sedute collettive, che in genere

riducono le reciproche influenze di contagio, coinvolgendo i due amici nel processo terapeutico, o attivano l'azione di decondizionamento già iniziata all'esterno.

La pertinace, costante azione suggestiva degli spacciatori-consumatori, vissuti come amici dai pazienti, rappresenta certo il più grave ostacolo al successo del trattamento. Affiorano qui le carenze autodifensive della nostra società, che abbiamo più estesamente trattato nel nostro precedente lavoro già citato in apertura. Ribadiamo qui che i coetanei attivisti della droga hanno un forte elemento di presa nel sollecitare le recidive: i giovani disassuefatti provano vergogna presentandosi reintegrati nel mondo degli adulti che, secondo quell'ottica settoriale, appare conformista, appiattito e retrivo.

### *Considerazioni generali sulla prognosi*

Nel trattamento psicologico delle tossicomanie giovanili, un giudizio prognostico può essere formulato in base alla confluenza dei seguenti fattori:

- 1) tipo di droga assunta;
- 2) entità e frequenza delle dosi;
- 3) epoca a cui risale l'iniziazione;
- 4) spontaneità della scelta psicoterapeutica;
- 5) presenza e caratteristiche del transfert;
- 6) puntualità e regolarità di frequenza alle sedute;
- 7) collaborazione o interferenze della famiglia;
- 8) collaborazione, interferenze ed ostilità al trattamento da parte dell'ambiente extrafamiliare frequentato dal soggetto;
- 9) conflittualità o armonia negli eventuali legami affettivo-sessuali del soggetto;
- 10) coinvolgimento nella tossicomania o immunità negli eventuali partners affettivo-sessuali del paziente;
- 11) ideologie politiche e religiose dell'analizzato;
- 12) esistenza precedente o parallela di cospicue tematiche conflittuali estranee alla droga, suscettibili di soluzione o invece irrisolvibili;
- 13) interessi intellettuali, artistici o pragmatici del paziente;
- 14) continuazione o abbandono da parte del paziente dell'attività lavorativa o degli studi seguiti.

“SIGNIFICATO DEI PRIMI RICORDI INFANTILI: LORO  
IMPORTANZA NELLA DIAGNOSI E NELLA PSICOTERAPIA  
CON PARTICOLARE RIGUARDO ALLA ETÀ EVOLUTIVA”

L'osservazione fatta da Adler che i primi ricordi coscienti d'infanzia rappresentano dei "prototipi dello stile di vita", che l'adulto rievoca perchè corrispondono al modo in cui egli stesso percepisce la realtà, ha ricevuto numerose conferme. Recentemente la teoria di Adler - che ha già al suo attivo una consistente letteratura, come risulta dalla recente "Bibliografia adleriana di H. H. Mosak e Birdie Mosak (19) - ha ricevuto una particolare attenzione anche da ricercatori di estrazione freudiana: il che, se da un lato, ha favorito un certo fervore di studi, ha contribuito, dall'altro, a deformare, in un certo senso, il significato che la Psicologia Individuale ha sempre dato ai primi ricordi.

I relatori della presente comunicazione, che stanno conducendo un'indagine intorno ai rapporti tra primi ricordi (PR) e personalità in diverse epoche della vita, si propongono di esporre, in occasione di questo Congresso, alcune considerazioni che riguardano:

*A) le divergenze che in atto sussistono tra l'interpretazione adleriana e la freudiana dei PR;*

*B) i perfezionamenti che sono stati apportati alla struttura, alla tecnica di rilevamento e alla decodificazione dei PR dopo la scomparsa di Adler:*

*C) i risultati preliminari di una ricerca in corso, stralciati dalla indagine su riferita, riguardanti un gruppo di adolescenti in cui i risultati ottenuti dall'analisi dei primi ricordi coscienti sono stati confrontati coi risultati ottenuti al T A T.*

---

\* Direttore dell'Istituto di Psicologia dell'Università di Palermo  
\*\* Collaboratrice dell'Istituto di Psicologia dell'Università di Palermo

A) LE DIVERGENZE SUSSISTENTI TRA L'INTERPRETAZIONE ADLERIANA E LA FREUDIANA DEI RICORDI COSCIENTI INFANTILI.

È noto come la teoria adleriana della "significatività dei primi ricordi coscienti" si opponga in ogni suo particolare alla "teoria dei ricordi di copertura" di Freud.

Per Freud, l'aspetto manifesto, cosciente, dei ricordi d'infanzia non ha alcuna importanza: esso non è che un banale ricordo di "copertura" che fa da schermo a un contenuto inconscio, represso, di natura sessuale, che può essere portato alla luce soltanto con la tecnica analitica. Per Freud, in sostanza, i primi ricordi vanno trattati come sintomi in cui ciò che importa non è ciò che *appare*, ma ciò che è *nascondo*.

Per Adler, all'opposto, il ricordo cosciente è altamente significativo, *non nasconde* contenuti repressi, ma *rivela* aspetti fondamentali della personalità. Il ricordo cosciente ha un valore in se stesso e per scoprire il suo significato è necessario un addestramento che abiliti a decodificare l'aspetto allegorico con cui il contenuto dei PR si presenta.

Le due concezioni, dunque, per quanto riguarda il valore e il significato che attribuiscono ai primi ricordi infantili, sono talmente contrastanti tra loro da potersi considerare inconciliabili l'una con l'altra.

Ora, la teoria adleriana, che in sede psicoanalitica era stata per decenni praticamente ignorata, in questi ultimi anni, come s'è detto, è stata presa in considerazione da ricercatori di estrazione freudiana. In modo particolare il problema è stato affrontato da R. J. Langs (13, 14, 15) e da M. Mayman (18) che hanno espresso sull'argomento opinioni contrastanti.

I lavori più notevoli in questo campo sono stati condotti dall'équipe diretta da R. J. Langs al "Research Center for Mental Health" della New-York University. I lavori, che consistono in una serie di ricerche statistico-sperimentali condotte con alto impegno, comprendono anche un "Manuale per il punteggiaggio del contenuto manifesto dei primi ricordi e dei sogni" (12), elaborato per servire di base alla valutazione dei PR, e revisionato definitivamente nel 1961. Secondo H. H. Mosak (21, 146), il Manuale ha il difetto di essere scarsamente ispirato al contenuto dell'analisi adleriana dei PR: gli Autori di questa comunicazione, tuttavia, lo hanno tenuto come punto di riferimento per l'impostazione delle ricerche che stanno eseguendo.

I risultati cui sono pervenuti Langs e i suoi collaboratori con le loro ricerche sono sostanzialmente favorevoli alla teoria adleriana della significatività dei PR. Langs trova che "il contenuto manifesto dei PR è interessante e utile" (13,531) e che le ricerche finora condotte "hanno confermato la validità dei PR come rivelatori della personalità" (14,379), in quanto si è potuto dimostrare non soltanto che il contenuto dei PR è correlato con la diagnosi clinica e con la struttura del carattere, ma che attraverso il contenuto dei ricordi è anche possibile *prevedere* quali siano le caratteristiche salienti della personalità di soggetti normali. Così, si è potuta dimostrare la sussistenza di rilevanti differenze tra i contenuti dei PR di un gruppo di dieci donne paranoide rispetto a un gruppo di altrettante pazienti presentanti disordini del carattere di tipo isterico (13,531), e mettere in evidenza come le tematiche dei ricordi in un gruppo di pazienti di tipo ossessivo-compulsivo fossero differenti da quelle presentate da un gruppo parallelo di "ossessivi inibiti". I ricordi dei primi pazienti, infatti, erano caratterizzati da "presenze di poche persone", "contenuti voyeuristici", "passività" e "assenza relativa di persone con ruoli attivi", mentre i contenuti dei PR del secondo gruppo erano di tipo altamente "traumatico", "distruittivo" e caratterizzati dalla presenza di "persone che perdono il controllo" (15,319).

La ricerca più importante riguardante la previsione dei tratti della personalità fu fatta su un gruppo di 48 attori: le previsioni formulate furono confermate dalle correlazioni significative riscontrate tra le prime memorie e i tratti della personalità previsti.

Le ricerche di Langs sono state sottoposte ad un'attenta critica da parte di Mosak (21) il quale, a parte valutazioni positive fatte su certi aspetti della ricerca, ha espresso riserve sulla significatività di alcuni dati e soprattutto sull'impostazione d'una ricerca sulla stabilità dei PR cui qui non si è accennato. In questa sede, però, i due Relatori non intendono soffermarsi sulla valutazione dei risultati delle ricerche ricordate, ma mettere in rilievo l'atteggiamento, che appare ingiustificato, assunto da Langs, sul piano teoretico, nei riguardi delle due dottrine in questione (1).

---

I Sia detto per inciso, perché qui non si intende esporre la letteratura sull'argomento, che ricerche del genere, che confermano in definitiva la validità della tesi di Adler, sono state condotte anche da altri ricercatori di formazione analitica, tra cui Eisenstein e Reyson (7) e Saul, Snyder e Sheppard (26). I primi ricercatori hanno dimostrato un alto livello di correlazione tra la diagnosi clinica e il tipo dei primi ricordi, tanto da consigliare di richiedere i PR a ogni paziente che presenti disturbi psichiatrici e psicosomatici. Saul e collaboratori sono arrivati addirittura ad affermare che "i primi ricordi rivelano probabilmente più chiaramente che qualsiasi altro dato psicologico il nucleo centrale della psicodinamica d'una persona, le sue principali motivazioni, le forme di neurosi e i suoi principali problemi".



Le conclusioni cui Langs arriva lasciano infatti perplessi, in quanto è difficile trovare, nelle ricerche che egli espone, il senso che collega i risultati dell'indagine statistica con le seguenti affermazioni che fa: (a) i due approcci - l'adleriano e il freudiano - non si escludono reciprocamente, ma riflettono l'uso di differenti tecniche d'esplorazione; (b) sebbene i ricordi di copertura siano un tipo speciale di ricordi infantili, tutte le memorie infantili, come succede per i sintomi, funzionano da copertura (13,523); (c) la "copertura" non è opaca, ma riflette una varietà di funzioni dell'Ego e impulsi del Superego; (d) i ricordi infantili sono compromessi come i sintomi. In senso strutturale essi riflettono contributi dell'Es, dell'Ego e del Superego; in senso dinamico costituiscono compromessi tra pulsioni e difesa. Il contenuto manifesto, in sostanza, è un derivato del contenuto latente, non una maschera senza rapporti con esso (14,390).

Le obiezioni che si possono muovere a queste conclusioni sono molteplici, ma i Relatori si limitano alle seguenti considerazioni:

Il problema che le due differenti interpretazioni - la freudiana e la adleriana - pongono non risiede nella tecnica d'esplorazione, ma nei risultati cui le due diverse tecniche pervengono: risultati che appaiono incompatibili tra loro e che non possono essere spiegati attraverso generici richiami a interventi dell'Es, del Superego e dell'Ego. Una volta accettata, come Langs praticamente accetta, la significatività dei ricordi coscienti sostenuta da Adler, il problema che si presenta è quello di spiegare *come* un ricordo di copertura possa essere costituito da una manifestazione psichica altamente pregnante per la personalità: *come* mai sia possibile, cioè, che attraverso un confluire delle istanze previste da Langs, origini un ricordo che, lungi dall'essere *un residuo futile, come lo è nell'originale ipotesi di Freud, esprima aspetti così incisivi della personalità, quali quelli rivelati dai PR. O*, per ripetere la domanda, parafrasando in certo senso la forma in cui la pongono A. L. Kadis e S. Lazarsfeld (10,251): "a che scopo - e in che modo - attraverso una così complessa attività conscia, preconscia e inconscia viene scelto e ritenuto come memoria-schermo un simile contenuto e non un altro? "Se l'analisi freudiana può spiegare, rimanendo nella logica del sistema, come da una complessa attività repressiva che nasconde un evento angoscioso origini un ricordo futile, non può spiegare *come* un evento angoscioso possa venire mascherato da un contenuto psicologico destinato a diventare un prototipo dello stile di vita. In sostanza, a chi vive fuori del mondo freudiano, sembra che i Ricercatori, che si muovono nell'ambito della psicoanalisi e sono arrivati agli stessi risultati di Langs, non

abbiano davanti a loro che due vie: o quella di ammettere che i ricordi di copertura non risolvono in se stessi tutti i ricordi infantili, come Langs non sembra ammettere, e che vi siano ricordi che sfuggono all'indagine freudiana; o quella di dare una spiegazione del meccanismo di formazione dei PR che non sia la semplice elencazione dei meccanismi che entrerebbero in gioco, come fa Langs, ma una descrizione concreta del modo in cui le istanze freudiane operano, o dovrebbero operare, per produrre sostituti di contenuti angosciosi che siano significativi. E ciò, ove non si ritenga che la dimostrata significatività dei PR non costringa a rivedere dalle fondamenta e con metodi sperimentali tutta la teoria analitica dei ricordi cui Langs si riferisce<sup>2</sup>.

La seconda ricerca, cui si è accennato, riguarda un complesso lavoro di M. Mayman (18) il quale, riferendosi al valore riconosciuto da alcuni psicoanalisti all'aspetto manifesto dei primi ricordi, propone un'ipotesi radicalmente diversa da quella di Langs. Secondo Mayman, i PR "non sono verità autobiografiche e nemmeno "memorie" in senso stretto intese, ma in gran parte invenzioni retrospettive sviluppate per esprimere verità psicologiche, più che verità obiettive, attorno alla vita di una persona". I PR sarebbero, perciò, "espressione di importanti fantasie attorno alle quali è organizzata la struttura del carattere" (18, 304). Mayman basa questa sua ipotesi su tre dati:

1) Le conclusioni cui arriva Freud nell'interpretazione del sogno di Leonardo che viene spiegato come una fantasia che Leonardo elaborò in un'epoca successiva a quella cui si riferisce il sogno. Nel suo famoso commento, Freud ritiene che le memorie infantili sorgano spesso in questo modo, e "che esse non siano fissate nel momento in cui sono sperimentate e successivamente riprodotte, ma siano solo evocate ad un'età posteriore, quando l'infanzia è già passata. In questo processo i ricordi sono alterati e falsati e posti al servizio di tendenze più tardive, in modo che, parlando in senso generale, non possono venir più distinti con chiarezza dalle fantasie".

2) Il secondo dato, che Mayman porta a sostegno della sua tesi, pur ammettendo che si tratta di un caso isolato, è il ricordo riferito da un suo soggetto che descriveva con dovizia di particolari il momento della sua nascita.

---

<sup>2</sup> Gli psicoanalisti, specialmente in Italia, quando sono sottoposti a critiche da chi non è stato analizzato, attribuiscono a "resistenza" le critiche che vengono mosse alle loro teorie e non le prendono in considerazione. È bene precisare che questo ragionamento è un ragionamento arcaico. Lo psicoanalista J. D. Benjamin sostiene che non basta presumere la sussistenza di una resistenza all'analisi da parte dell'obiettore per dimostrare che le sue critiche non sono corrette e non sono pertinenti: nella comunicazione scientifica il valore di una critica o di una ricerca sperimentale deve essere valutato in se stesso, indipendentemente dalle motivazioni inconse che possono averle provocate. Lo stesso Benjamin dichiara che gli psicoanalisti che non prendono in considerazione le critiche degli oppositori sono vittime essi stessi di una resistenza che propone di definire "contro resistenza" (Vedi G. Canziani: Atti del I Simposio su: "Problemi epistemologici della psicologia" Vita e Pensiero. Milano 1976, pag. 226).

3) Il terzo e ultimo argomento, cui si rifà Mayman, è costituito da una critica che lui muove al processo della visualizzazione dei ricordi: "la persona che visualizza un ricordo, afferma Mayman, *vede* se stessa come un piccolo fanciullo, come se egli, il fanciullo, fosse un'altra persona, e lui l'osservatore, stesse guardando da qualche punto lontano dal centro d'azione" (18, 307). Secondo Mayman, ciò dimostrerebbe che "l'adulto non rivive la scena come avrebbe dovuto riviverla nel momento in cui si dice che l'evento si sia verificato" (ibi).

Non è facile condividere i punti di vista espressi da Mayman. E ciò per diversi motivi:

1) Sembra anzitutto ovvio che si debba respingere la derubricazione, operata da Mayman, dei ricordi coscienti di infanzia ad invenzioni retrospettive, *perché un simile assunto costituisce una generalizzazione insostenibile in sede di fatto*. Se vi sono ricordi distorti, inquinati da fantasie o addirittura fantastici, ciò non significa che *tutti* i ricordi sono falsi o invenzioni: *vi sono, infatti, miriadi di ricordi coscienti infantili di cui è possibile accertare la veridicità autobiografica, tanto per quanto riguarda il contenuto, che per quanto riguarda l'epoca in cui si sono verificati*.

2) Facendo apparire tutti i ricordi come invenzioni retrospettive, Mayman vorrebbe dimostrare che la coincidenza tra significato dei primi ricordi e modi di agire e di pensare attuali dell'individuo sono il risultato di un'introduzione, più o meno inconscia, del presente nel passato per cui i ricordi del passato sarebbero modellati dalla visione attuale che l'individuo ha della vita, e non viceversa: tesi che con la dimostrata sussistenza di ricordi veri si falsifica da sé. Centrando unilateralmente il problema sul terreno ambiguo dei ricordi complessi e inquinati, in cui l'elemento fantasioso non è separabile dall'elemento reale, Mayman non fa che svisare il senso della teoria adleriana.

Se in sede psicoterapica, infatti, ha poca importanza accertare se un ricordo sia vero o falso, in sede di validazione scientifica, quando si tratta di confermare, o falsificare, una teoria come quella della significatività dei ricordi coscienti, è indispensabile partire da ricordi che siano accettabili ed accertati come veri<sup>3</sup>. Come lo sono i seguenti, tolti dalla nostra casistica e che l'inchiesta familiare ha confermato, non solo come veri, ma collocabili anche nel momento in cui si sono verificati: "Quando avevo quattro anni mia madre è caduta e l'hanno portata in ospedale"... "A tre anni mio padre mi ha regalato un triciclo"... "Una volta io

<sup>3</sup> Lo psicoanalista Hadfield sostiene un simile punto di vista di fronte ai ricordi che emergono dalle associazioni libere: se l'accertamento della loro veridicità non ha importanza in terapia, "dal punto di vista della Psicopatologia sistematica e da quella dell'Igiene mentale-egli scrive (8, 87) - la verità o falsità di questi antichi ricordi è di considerevole importanza".

e mio fratello siamo caduti e mio fratello si è fatto male"... "A quattro anni mi dissero che mi era nata una sorellina e mi fecero vedere mia madre a letto con un bambino piccolo"...

Se fosse necessario potremmo continuare ad elencare ricordi simili dalla nostra casistica, ma la letteratura adleriana è piena di ricordi del genere. Adler ne cita di ogni tipo. Nel suo studio sulla memoria, Ansbacher (3) ne cita di simili e trova soggetti che ricordano "quando mio fratello si ruppe il braccio", "mia madre ebbe un incidente", "mia sorella cadde e si produsse un taglio alla gamba", "mio fratello cadde dall'attico" "un operaio cadde dal terzo piano"<sup>4</sup>.

Noi non sappiamo sino a che punto Ansbacher si sia preoccupato di controllare se questi dati erano veri o meno, perché ai fini della sua ricerca il fatto poteva non rivestire alcuna importanza, ma si può facilmente ammettere che accertare la presumibile veridicità di simili ricordi è assai più facile che etichettarli come invenzioni o fantasie.

3) Il ricordo che Mayman espone e che riguarda un soggetto che pretendeva di rievocare avvenimenti verificatisi nel momento della sua nascita non ha nessun valore ai fini per cui Mayman, sebbene con prudenza, lo propone: esso non può essere assunto né come un paradigma dei ricordi infantili, né come una "prova" che i ricordi infantili sono invenzioni. Esso è, per conto proprio, una fantasia. Adler, descrivendo il caso di un soggetto che assumeva di ricordare di essere stato tenuto in braccio dalla madre mentre era lattante, si limita a concludere che si tratta di una fantasia il cui significato è quello di esprimere un attaccamento attuale alla madre (2, 284).

4) Nemmeno la svalorizzazione della visualizzazione dei ricordi infantili che Mayman fa può essere accettata. La proiezione dell'immagine corporale di noi stessi nella rievocazione di un episodio, di cui si è stati protagonisti o testimoni, è abituale. Chiunque abbia l'abilità di visualizzare può vedere se stesso proiettato, come nel sogno, nella scena che ricorda ed è facile dimostrare come il duplice ruolo di osservatore e di dramatis persona costituisca uno sdoppiamento percettivo che si verifica tanto nella rievocazione di ricordi propri facilmente dimostrabili come veri, che di fantasie.

5) È, infine, contestabile e classificabile come una deformazione storico-culturale l'affermazione di M. Mayman che, dopo aver ricordato l'interpretazione freudiana del sogno di Leonardo, afferma che "sebbene Adler sia generalmente ritenuto colui che ha scoperto che i ricordi sono rappresentazioni allegoriche dello stile di vita di una persona

<sup>4</sup> Il fatto che i ricordi citati appartengano tutti alla stessa categoria dipende dalla necessità che Ansbacher ha avuto di raggrupparli assieme per le considerazioni pertinenti alla logica della sua ricerca.

(Ansbacher, 1947), è stato in realtà Freud (1910) che introdusse per primo questa idea in uno dei suoi scritti sulla memoria di copertura che ci ha fornito la più suggestiva base logica del modo di vedere le prime memorie" (18, 304). Riesce francamente difficile agli Autori di questa Relazione comprendere come Mayman abbia potuto identificare con un richiamo storico così improprio due teorie che presentano aspetti così profondamente diversi tra loro.

### *B) STRUTTURA, MODALITÀ DI RILEVAZIONE E DI DECODIFICAZIONE DEI PRIMI RICORDI*

La ricerca adleriana moderna ha precisato (1) le caratteristiche che deve possedere un PR per dare interpretazioni attendibili, (2) le modalità che devono presiedere al suo rilevamento e (3) i tipi di decodificazione cui possono essere sottoposti i PR.

Questi tre "momenti" dell'analisi dei primi ricordi infantili assumono aspetti di rigosità diversa a seconda che i PR vengano richiesti per essere utilizzati ai fini di un'analisi della personalità (fatta per scopi psicoterapici o per qualsiasi altra applicazione della Psicologia Individuale) o ai fini di una ricerca scientifica.

1) Per quanto riguarda la struttura dei PR, i fondamentali requisiti che si richiedono ai ricordi coscienti d'infanzia perché le loro decodificazioni possano dare risultati attendibili sono essenzialmente quattro. E precisamente:

a) I PR devono avere le caratteristiche di un ricordo e non di un rapporto (R. Dreikurs, 6; H. Mosak, 20), intendendosi per ricordo la rievocazione d'un singolo avvenimento e per rapporto la sintesi ripetitiva di una serie di esperienze. Il dire: "a quattro anni sono caduto a terra e mi son rotto un piede", è un ricordo; il dire: "quando andavo a scuola mi piaceva giocare con i miei compagni" è riferire un'azione ripetitiva, non episodica, che va considerata un "rapporto". Un valore diagnostico specifico va attribuito soltanto ai "ricordi".

b) I ricordi devono essere visualizzabili. Talvolta la distinzione tra ricordo e rapporto può lasciare dei dubbi. Conviene, allora, secondo Mosak, invitare il soggetto a chiudere gli occhi e richiamare le immagini della scena ricordata. Solo se il ricordo è visualizzato può essere ritenuto attendibile.

c) I ricordi non devono riguardare avvenimenti eccezionali, (episodi di guerre, di terremoti, incendi, grossi incidenti) che chiunque abitual-

mente ricorda. Mosak ha formulato a questo proposito una regola: "quanto più banale è il fatto ricordato, tanto maggiore è la sua importanza".

d) Un ricordo d'infanzia deve essere collocabile entro uno spazio cronologico determinato. Secondo Mosak, non si dovrebbero considerare ricordi d'infanzia i ricordi che vanno al di là dell'ottavo anno: età assunta, sia pure arbitrariamente, come limite estremo d'un ricordo definibile come infantile.

2) La rilevazione dei ricordi può essere fatta secondo modalità differenti che dipendono dalla finalità cui tende l'"utilizzazione del ricordo". In caso che la rilevazione del ricordo sia fatta allo scopo di verifica o falsificazione di un assunto per mezzo degli strumenti di verifica di cui la psicologia dispone, le modalità della rilevazione devono essere rigorosamente precisate. Una classificazione dei PR deve, in questo caso, tenere presenti tanto le modalità di rilevamento che le modalità di accertamento della loro veridicità.

a) Per quanto riguarda la modalità del rilevamento, i ricordi si possono distinguere in *provocati*, *spontanei*, *trasmessi o indiretti*, *riferiti per iscritto o oralmente*, *estratti da biografie*, *derivati da situazioni particolari*.

Ricordi *provocati* sono da noi considerati quelli che il ricordante rievoca sotto lo stimolo di una consegna che può essere generica ("dica quale è il suo più antico ricordo in cui c'entra suo padre, o sua madre, o che riguardi suo fratello o parenti, o avvenimenti particolari, come, per esempio, il primo giorno di scuola").

Ricordi *spontanei* sono quelli che il soggetto rivela da sé senza stimoli particolari, che non siano quelli di trovarsi in situazione terapeutica o di riferire un'anamnesi.

Ricordi *trasmessi* o *indiretti* sono quei ricordi che il soggetto rievoca in quanto gli sono stati narrati da altri o sono stati rievocati sotto l'impressione di fotografie che gli sono state scattate nell'infanzia o di filmini. Questo tipo di ricordi, che possono costituire documenti autobiografici utili ai fini anamnestici, non hanno alcun valore intrinseco e vanno esclusi da una ricerca scientifica.

I ricordi *scritti* sono generalmente raccolti in gruppo durante esami collettivi con consegna comune. Adler, come è noto, raccomandava agli insegnanti di dare ai loro scolari un tema che riguardasse i primi ricordi in modo da poter raccogliere a fini pedagogici utili indizi sulla personalità dei loro allievi.

I ricordi *derivati* sono ricavati da biografie (esempio: l'analisi dei ricordi di Adler, Freud e Jung fatta da Mosak (23,228). Un esempio

particolare che si può citare è quello di un nostro soggetto che raccontò dettagliatamente la storia di un viaggio da lui fatto nell'infanzia: narrazione dalla quale si è potuto estrarre una serie di utili ricordi.

b) Per quanto riguarda la veridicità dei ricordi, essi devono essere distinti in: *ricordi sicuramente accertati come veri*, sia per quanto riguarda il contenuto che l'epoca in cui vanno collocati, e in *ricordi presumibilmente veri*. In quest'ultimo caso i ricordi vanno disposti su di una scala in cui il livello di veridicità del ricordo possa essere graduato. La veridicità del ricordo, che è una condizione assoluta per la sua utilizzazione in sede di ricerca, perde gran parte del suo valore, come si è detto, in sede psicodiagnostica o terapeutica in cui il fatto rievocato importa più per essere stato ricordato che per essere vero.

3) Per quanto riguarda la decodificazione dei ricordi, la linea fondamentale d'analisi resta l'analogico-intuitiva di Adler che praticamente considerava la struttura di un ricordo come un'allegoria il cui significato non è noto al ricordante e va interpretato intuitivamente. La tecnica d'analisi dei primi ricordi, come in genere il metodo intuitivo di Adler, è stata criticata dai suoi contemporanei, ma il valore del suo metodo è oggi riconosciuto. È stata, come è noto, la psicologa statunitense R. L. Munroe (24) la prima a intravedere la natura proiettiva del metodo adleriano d'analisi dei PR e a sostenere che l'analisi rutinaria che Adler faceva dei primi ricordi fu "il primo approccio nei riguardi della metodologia dei test proiettivi" e che la sua idea di "esaminare i soggetti in rapporto alla loro reazione cosciente a una domanda molto discreta, ma dinamica, costituisce il nucleo delle tecniche proiettive moderne". La Munroe riconosceva, perciò, ad Adler la priorità di aver fatto "osservazioni sistematiche sul significato di reazioni complesse a uno stimolo relativamente non strutturato" e affermava che la "tecnica di Adler non è stata solamente unica, un "quasi test", ma è stata il primo inizio della teoria che "produzioni liberamente governate possono essere usate sistematicamente per scoprire tendenze profonde della personalità" (24,429). Su questa linea, Mosak (20) ha giustamente rilevato come l'analisi dei primi ricordi, assieme al sogno, al disegno e alla pittura con le dita, abbia il vantaggio di essere completamente non strutturata, in quanto l'individuo non deve rispondere a certi stimoli esterni, come al Rorschach e al TAT: i primi ricordi, con la sola eccezione della possibile influenza dell'esaminatore, sono prodotti soltanto dalla struttura percettiva dell'individuo.

Gli esempi di interpretazione dei PR che Adler ha dato sono così numerosi nelle sue opere che si ritiene inutile riprodurne alcuni qui<sup>5</sup>: si preferisce accennare, sia pure di sfuggita, a qualcuno dei perfezionamenti o "ritocchi" che sono stati apportati alla metodologia della decodificazione.

a) Secondo Dreikurs (6) nell'interpretazione dei ricordi hanno importanza tanto il "tema" che i "dettagli": senza dettagli un ricordo può condurre a interpretazioni errate. Mosak suggerisce di interpretare il ricordo prima "tematicamente" e successivamente nei "dettagli". Tematicamente i ricordi, secondo Mosak, rivelano più il "modus vivendi" dell'individuo che il "modus operandi", più il modo, cioè, in cui l'individuo appercepisce la realtà che il modo in cui reagisce ad essa: così, per esempio, il ricordo di una malattia sofferta può dare informazioni sulle impressioni che le malattie suscitano in un soggetto (modus vivendi), ma non sul modo come egli reagisce ad esse (modus operandi). Di fronte alla malattia un individuo può reagire in modo passivo, con uno stato di paura persistente (patofobia), o attivo, facendosi, per esempio, come Adler, medico per combattere la morte.

b) Vi sono sfumate divergenze di vedute sul modo di interpretare i personaggi che compaiono nel ricordo. Così P. Brodsky (5), per esempio, tiene conto del ruolo che il soggetto assegna a se stesso, alla madre, al padre, ai familiari e ad altre persone, mentre Mosak consiglia di non trattare i personaggi come specifici individui nel ruolo che svolgono nelle scene rievocate, ma come "prototipi" di persone, uomini, autorità.

c) In sede psicoanalitica il ricordo è stato anche interpretato a livello simbolico. Così, Eisenstein e Ryerson (7), che riportano il contenuto dei PR a conflitti interpersonali, interpretano tre primi ricordi che riguardavano rispettivamente la paura di un incendio, delle bombe e di un cane, come paure infantili sessuali di origine edipica.

d) J. Levy e Grigg (16) hanno proposto un'interpretazione dei primi ricordi che denominano "analisi tematico-configurazionale". Essi partono dal presupposto che al centro di ogni primo ricordo vi sia un "tema focale" o una "configurazione" di temi. I due Autori hanno proposto, perciò, tre "scale qualitative" per l'analisi dei temi, che considerano particolarmente importanti, e cioè la "dipendenza-indipendenza", l'"aggressione costruttiva", l'"aggressione-distruittiva" e la "sessualità".

---

<sup>5</sup> Anche in bibliografia ci si è limitati a citare tre sole fonti (vedi voci 1, 2, 4.).



### C) CONSIDERAZIONI SU UNA RICERCA IN CORSO

Come si è accennato nella premessa a questa comunicazione, si sono stralciati da una ricerca in corso sui PR di soggetti di varia età, i dati riguardanti i primi ricordi di un gruppo di venti adolescenti ai quali era stato applicato il TAT. Il gruppo era formato da giovani dei due sessi, appartenenti al ceto medio borghese e frequentanti tutti scuole di secondo grado. I dati dei due "test" sono stati utilizzati in una ricerca-pilota che doveva servire di base per una successiva elaborazione di un progetto di ricerca sui "PR e tecniche proiettive". L'indagine, condotta con un metodo abbreviato, si è svolta nel seguente modo: in una prima fase, i PR sono stati interpretati col metodo intuitivo-analogico di Adler da uno dei due ricercatori (Canziani), mentre l'altra ricercatrice (Masi) interpretava i TAT; in una seconda fase, i risultati ottenuti sono stati confrontati, dapprima indipendentemente e successivamente collettivamente, dai due Autori che hanno così completato e conciliato le loro conclusioni. Una terza fase prevista in cui due giudici dovevano appaiare tra loro i "profili" ottenuti dai PR con quelli del TAT, presentati anonimamente con la sola indicazione del sesso dei soggetti esaminati, non è stata realizzata perché lo scarso numero di casi appaiabili ne rendeva vano il controllo.

La ricerca, per quanto costituisca soltanto un primo tentativo di approccio al problema, ha dato, tuttavia, utili informazioni, sia da un punto di vista tecnico-operativo che teorico, per cui riteniamo interessante darne notizia. Esponiamo perciò alcuni esempi dei risultati ottenuti, illustrando in modo relativamente più particolareggiato un solo caso per dare un'idea del modo in cui si è proceduto nella ricerca.

Gli esempi che seguono sono preceduti dall'indicazione del numero progressivo che il soggetto occupa nella ricerca, del nome di battesimo, dell'età e del numero dei ricordi.

S. 6 *Fabio Z.* anni 16, PR: 4.

Il soggetto ha rievocato il minor numero di ricordi di tutto il gruppo. Dei ricordi, tre riguardano incidenti cui è andato incontro per colpa del padre (PR 1), della madre (PR 2) e della sorella (PR 4). Un ricordo (PR 3) ha un contenuto particolare: "Una volta in villeggiatura abbiamo trovato un topo nella vasca da bagno. La cameriera lo uccise e noi ci facemmo un sacco di risate".

*Interpretazione tematica dei PR:* Visione del mondo pessimistica. Il mondo è pieno di pericoli. Bisogna guardarsi da tutti, anche dai parenti.

Il ricordo del topo resta senza interpretazione per noi. È un fatto che succede nella interpretazione dei PR, specie nell'ambito di ricerche di questo tipo. In sede psicoterapica, infatti, in cui è possibile ricorrere a diverse fonti informative si può talora interpretare un ricordo "a posteriori"; in una ricerca di validazione, invece, anche se di tipo preliminare, il ricordo deve essere interpretato in se stesso o in rapporto agli altri ricordi.

*Storie TAT:* (Tav. VIII): Padre investito da una macchina per colpa del figlio viene operato. (Tav. IX): Criminali riposano dopo una rapina-intervento della polizia - un ferito. (Tav. X): Ragazza fuggita da casa è aggredita e malmenata dai banditi.

*Conclusione:* Esiste un parallelismo tra la visione del mondo appercepito come pericoloso nei PR e le azioni descritte nei TAT.

*Interpretazione dei dettagli PR:*

Gli incidenti cui è andato incontro S 6 sono stati provocati involontariamente dalle persone: in PR 1 l'incidente avvenne perché il fratello aveva uno scialle molto lungo che faceva strisciare a terra e in cui S 6 inciampò; in PR 2 perché la madre, prendendolo in braccio per fargli allacciare la scarpa dal padre, lo punse involontariamente con uno spillo che aveva sul vestito. Lo spillo gli si conficcò sotto la spalla e S 6 fu portato al Pronto Soccorso. In PR 3, l'incidente avvenne in una rissa tra ragazzi: la sorella gli disse di scansarsi mentre stava lanciando una pietra, ma S 6 non si scansò e venne colpito.

Gli incidenti dunque non sono stati originati da malvagità, ma da persone che gli volevano bene e che gli hanno causato del male involontariamente, persino nel tentativo di aiutarlo e proteggerlo (PR 2). I dettagli permettono perciò di enunciare un'ipotesi sussidiaria che completa e attenua la visione del mondo del fanciullo: "La vita è piena di pericoli, ma ci sono anche persone che ci aiutano e proteggono, anche se per aiutarci qualche volta ci fanno soffrire".

*Dettagli delle Storie TAT:* (Tav. II): La ragazza pensa ai sacrifici che hanno fatto i genitori per farla studiare. (Tav. III): "Un ragazzo che giocando ha commesso qualcosa di "sbagliato" teme il castigo del padre e vuole suicidarsi, ma poi, al pensiero che il padre gli vuole bene, prende coscienza che certi giochi sono pericolosi e che il padre ha ragione e desiste dal suicidio". (Tav. VII): Padre e figlio. Il figlio ha fatto debiti per una vita dissoluta (gioco). È in difficoltà. Il padre lo

perdona lo aiuta e il figlio cambia vita. (Tav. VIII): Il padre è stato investito nel tentativo di salvare il figlio da un pericolo. Sentimento di colpa del figlio che si propone di non disubbidire più al padre. (Tav. X): Padre e figlia. La figlia è scappata da casa perché il padre, pensando al suo bene, non le dava la libertà che lei chiedeva, ma viene aggredita da malviventi. Chiede aiuto al padre, che prima pensa di punirla, ma poi le perdona e le dà maggiore libertà. (Tavola XVI): Il soggetto "vede" se stesso che chiede il motorino al padre che non vuole accontentarlo perché i motorini sono pericolosi. Egli insiste "perché oggi un ragazzo che non ha un motorino è un emarginato". Il padre persiste nel rifiuto. Il ragazzo cede perché pensa che "se gli succede qualcosa la colpa sarebbe del padre"...

*Conclusione:* I dettagli del TAT corroborano l'interpretazione dei PR. Traspare affetto per i genitori (che qui sono rappresentati nel loro ruolo e raffigurati, in modo particolare, dal padre). Il padre vigila reprimendo, ma aiuta e perdona. Si può ipotizzare che la rinuncia al motorino (Tav. XVI) avvenga *anche* perché S 6 condivide l'opinione del padre intorno ai pericoli che la vita presenta ("ipotizza che gli può succedere qualcosa").

Il parallelismo fra PR e TAT appare buono e permette di vedere l'importanza dei dettagli per l'interpretazione d'un ricordo: senza dettagli l'interpretazione tematica avrebbe messo in evidenza la visione pessimistica della vita del soggetto, ma avrebbe potuto far sospettare la sussistenza d'una diffidenza anche nei riguardi dei familiari.

Gli esempi che seguono, esposti più schematicamente, dimostrano altri modi con cui il parallelismo PR-TAT si può esprimere:

#### S. 20 NATALIA S. ANNI 15, PR: 12.

Ricorda di avere avuto (PR 3) "paura che un familiare si buttasse dalla finestra"; (PR 4) "La morte di un parente le impedisce di partecipare a un concorso di canto per fanciulli; (PR 10) "Gioca per divertimento alla morte con le bambole"; (PR 11) "La morte di un uomo autoritario è salutata come una liberazione da certe persone".

*Interpretazione tematica:* Paura della morte, che può danneggiare, ma che come fatto cosmico può essere compensata dal pensiero che talora la scomparsa di certe persone può essere una liberazione per altri e che come fenomeno può anche essere fonte di interesse (si tratta di una giovane che vuole studiare medicina).

*Storie TAT:* (Tav. I): "Bambino davanti a un violino pensa a una persona morta che ammirava cui vorrebbe somigliare". (Tav. III): "Ragazza che pensa di suicidarsi per problemi non risolti, ma rinuncia a portare a compimento il suo proposito perché si persuade che, in fondo, i problemi si possono superare. (Tav. V): "Madre trova la figlia morta". (Tav. IX): "Fanciulla presa dal panico cade da una rupe". (Tav. X): "Ragazza scioccata per il padre morto ammazzato: un ragazzo la consola". (Tav. XVI): Scoppia una epidemia di colera in un'isola. I morti vengono buttati in mare. Medico si suicida per il dolore provocato dalla perdita della persona amata che curava nell'isola".

*Conclusione:* L'idea della morte è dominante nel TAT. La morte incombe su noi: si può morire per suicidio (problemi non risolti), omicidio, incidenti, malattie. Tentativo di compensazione della paura: i problemi si possono superare; l'amore ci può riuscire di conforto. Il tema dominante dei PR è il tema dominante del TAT.

#### S. 12 GIORGIO Z. ANNI 15, PR: 18.

(PR 9) Ricorda che eludendo proibizioni materne si allontanò una volta da casa creando preoccupazioni nei genitori che non lo trovavano; (PR 13) "Si vendica per un affronto (ritenuto tale, ma il torto l'aveva fatto lui); (PR 17) "Investe involontariamente un compagno invisibile al gruppo e finge di averlo fatto apposta, pavoneggiandosi come un eroe"; (PR 19) "Urtato involontariamente nel gioco, colpisce con un bastone l'investitrice". Ogni PR è accompagnato dal ricordo dei rimproveri avuti per le azioni commesse e dal pentimento manifestato.

*Interpretazione tematica dei PR:* Ponendosi dalla parte inutile della vita si va incontro a dispiaceri e ci si pente.

*Storie TAT:* Azioni antisociali: furto (Tav. I, IV, VIII, IX, X); assassinio (Tav. VIII); prostituzione (Tav. II); Spaccio di droga (Tav. III); "Abbandono di un amico in presunto pericolo di morte per portargli via la ragazza" (Tav. XVI).

Tutte le storie si concludono con pentimento e ravvedimento.

#### S. 14 OLGA C. ANNI 15, PR: 13.

Ricorda (PR 1) che la madre usciva col fratello minore; (PR 8) che il fratello ebbe un incidente; (PR 11) che l'ostetrica disse che il nome del

fratellino era brutto e che “alla nascita il fratellino era brutto”. Ricorda inoltre (PR 6) che “la madre le raccontava favole” e (PR 13) che “le piaceva essere ammalata per essere curata”.

*Interpretazione tematica dei PR:* Gelosia nei riguardi del fratello. Desiderio di attenzione e di affetto.

*Storia TAT:* (Tav. VII): Sopporta come una costrizione dover custodire il fratellino e non potersi dedicare ai suoi svaghi preferiti. (Tav. II): Pace familiare e serenità della vita campestre. (Tav. V): Espressione del calore degli affetti. (TAT XVI): Esaltazione lirica di serenità, amore della natura.

*Conclusioni:* Solamente uno degli atteggiamenti rivelati dai PR in tre ricordi (1, 8, 11) trova esplicito riscontro in una tavola TAT. Il desiderio di affetto può trovare possibile espressione nel “calore degli affetti” con cui S. 14 caratterizza la Tavola V. Solo con una forzatura si potrebbe trovare nel sentimento cosmico espresso nella Tav. XVI una manifestazione del bisogno di affetto collegandolo col tema della serenità familiare e dei campi della Tav. II. In questo caso, dunque, esiste una corrispondenza parziale fra PR e TAT, ma vi sono molti PR che non trovano espressione nel TAT e contenuti del TAT che non trovano espressione nel PR.

L'esempio di S. 14 in cui vi sono molti contenuti PR che non trovano riscontro nel TAT e contenuti TAT che non trovano riscontro nel PR (“lacune reciproche”) si è ripetuto in molti casi.

Ecco alcuni esempi che riguardano rispettivamente il ricevimento di regali e presenza di malattie che non hanno trovato una corrispondenza sicura nel TAT:

*S. 16 AMALIA S. ANNI 13, PR: 21.*

(PR 6) regalo di un aquilone; (PR 7) vince in una lotteria un orsacchiotto di plastica; (PR 14) riceve vari regali durante una festa; (PR 15) riceve un bambolotto per regalo; (PR 16) riceve in regalo una bambola con stanza da letto, bagno e armadio per i vestiti; (PR 12), regali di vestiti per bambola; (PR 21) regali di leccornie.

*S. 17 MARIELLA F. ANNI 14, PR: 10 e S. 18 MARIA ROSA R. ANNI 13, PR: 9.* hanno pure due ricordi di regali per ciascuna che non trovano riscontro nel TAT.

I regali fanno pensare ad un aspetto generoso della vita e a una bontà dell’“altro”: tre visioni del mondo il cui corrispettivo non è apparso nelle storie TAT dei tre soggetti.

Per quanto riguarda i ricordi di malattie ed incidenti che non trovano corrispondenza nel TAT ricorderemo due casi (S. 14 e S. 11):

S. 14, già citato, che vuole studiare medicina ed ha quattro PR che riguardano malattie o incidenti: (PR 2) ricordo di una vaccinazione; (PR 4) di un'operazione; (PR 8) di un incidente occorso al fratellino; (PR 7) di orecchioni sofferti da altri.

*S. 11 ANTONIA Z. ANNI 14, PR: 14.*

Ha cinque ricordi tra malattie e incidenti: (PR 2 e PR 3) malattie occorse a lei; (PR 4) e (PR 5) incidenti incorsi a lei e a una cugina.

## CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE

Entro i limiti in cui la casistica che attualmente possediamo ce lo permette, sembra possibile trarre qualche provvisoria conclusione sia intorno all'utilità che presenta un confronto tra PR e TAT in una ricerca di validazione dei PR, sia per quanto riguarda l'impostazione definitiva della ricerca che s'intende successivamente svolgere. Si può da questo punto di vista dire che:

1) Esiste un tendenziale parallelismo tra i contenuti decodificati dei PR e i contenuti del TAT. Tale parallelismo si può manifestare con "corrispondenze plurime", in cui più di un PR trova riscontro in più storie TAT, o con "corrispondenze irregolarmente distribuite" in cui, in casi estremi, un solo contenuto PR trova espressione in più storie TAT o più contenuti PR trovano riscontro in una sola storia TAT.

Il parallelismo è stato definito come tendenziale, in quanto esistono casi di mancate coincidenze per cui certi contenuti PR non trovano riscontro nel TAT e contenuti del TAT non trovano riscontro nei PR ("lacune reciproche").

2) È possibile supporre che le mancate coincidenze tra PR e TAT dipendano, almeno in parte, da un lato (a) dallo scarso numero di ricordi rievocati da certi soggetti e, dall'altro, (b) dalla struttura delle Tavole e dal tipo di approccio con cui l'esaminando affronta il test.

a) Il numero di PR che i soggetti riescono a rievocare varia notevolmente da caso a caso: nei nostri venti Soggetti il numero ha oscillato da un minimo di 4 ricordi a un massimo di 56. Come è ovvio, il formulare

diagnostica riesce tanto più agevole per quanto maggiore è il numero di PR che si possiede: tenendo conto che in una ricerca di validazione il numero dei PR tende a diminuire per i ricordi che devono essere scartati, perché difficilmente interpretabili o perché presentano apparenti contraddizioni tra loro che stentano ad essere conciliate<sup>6</sup>, si può intuire come sia necessario in sede di ricerca possedere la maggiore quantità possibile di ricordi.

Per disporre di un maggiore numero di ricordi non vi è altra possibilità che quella di ricorrere a una rilevazione plurima dei PR aggiungendo ai PR provocati con consegna "generica", ricordi provocati con consegna "tematicamente circoscritta", come già stato fatto in ricerche simili. È superfluo dire che nella valutazione, i ricordi ricavati con metodologie differenti devono essere tenuti separati tra loro: ma ciò è problema che riguarda la metodologia statistica di cui in questa sede non si intende parlare.

b) I mancati riscontri dei contenuti delle Storie TAT nei PR hanno evidentemente importanza solo in quanto dipendono dalla struttura del TAT, intesa nel suo contenuto iconografico, e nel tipo di approccio che l'esaminando assume verso il test. Che vi siano contenuti TAT che, all'infuori delle succitate ragioni, non trovino riscontro nei PR appare ovvio: il TAT non è influenzato soltanto dai ricordi della prima infanzia, ma da ricordi esistenziali attuali, oltre che da stimoli transitori e contingenti, per cui le storie narrate originano costantemente da una pluralità di fonti<sup>7</sup>.

Le difficoltà insite alla struttura del TAT sono costituite dall'influenza specifica esercitata dal contenuto iconografico delle Tavole, che dirige il corso delle evocazioni verso vie preferenziali, ostacolando potenzialmente lo sviluppo di Storie che, con stimoli diversi, avrebbero avuto maggiori possibilità di aprirsi ad altri contenuti. È possibile pensare che questa difficoltà possa essere superata aumentando il numero delle Tavole, aggiungendo, cioè, alle Tavole originali del TAT,

---

6 "Non sempre - scrive Plewa (25, 96) - è facile estrarre da un ricordo il suo completo contenuto e, di fatto, ciò è qualche volta impossibile. Un ricordo può avere una tale faccettatura che solamente quando si è in grado di studiare un individuo per lungo tempo si possono scoprire in lui le tendenze rivelate dal ricordo". Ora, il rimandare un'interpretazione è possibile in psicoterapia, ove i ricordi possono ricevere un'interpretazione "a posteriori" o attraverso indizi ricavati da varie fonti: non è possibile in una ricerca di validazione in cui, come si è già detto, i ricordi devono essere interpretati in se stessi o con riferimento ad altri PR dello stesso soggetto. Per quanto riguarda i ricordi che suscitano interpretazioni tra loro apparentemente contrastanti, come nota Mosak (20, 65), essi devono essere "interpretati nel loro contesto" "in quanto" occasionalmente un Soggetto può rispondere in determinate circostanze in un modo e, in altre circostanze, in un altro" (a seconda, per esempio, che le persone che provocano nelle stesse situazioni un differente apprezzamento siano una volta una donna e un'altra un uomo). Per superare queste difficoltà è indispensabile poter disporre di un sufficiente numero di ricordi.

7 Una dimostrazione sperimentale della sensibilità del TAT a stimolazioni occasionali è stata data dalla Hedvig (9), la quale, sottoponendo a varie manipolazioni sperimentali gruppi di studenti, ha potuto dimostrare come esperimenti, centrati sui temi del "successo-insuccesso" e dell'"ostilità-amicizia", eseguiti prima della raccolta dei PR e delle Storie TAT, influenzano il TAT e non influenzano il PR.

Tavole simili, già disponibili nella letteratura o, possibilmente, da costruirsi ad hoc.

Le difficoltà inerenti all'approccio - riportabili in linea di massima all'evasione della consegna - sono espresse dalle diverse forme di insuccesso cui va incontro il TAT come test. Esse sembrano più difficilmente superabili delle difficoltà strutturali, ma possono in ogni modo avvantaggiarsi della disponibilità di un maggior numero di Tavole. Le due più tipiche difficoltà inerenti all'approccio sono quelle date da soggetti che reagiscono al test o con Storie di tipo meramente descrittivo e con Storie che si rifanno ad uno stesso monotono schema psicodinamico che dà poco spazio ad altri contenuti.

3) Un'ultima considerazione riguarda l'esperienza che si può ricavare dagli studi di altri Ricercatori che hanno usato il TAT, o altri test proiettivi, in rapporto ai PR. Questi studi, che non hanno potuto essere ricordati nella Relazione e che qui non possono essere riassunti, suggeriscono l'idea di una possibile ricerca a "sistema di approccio multiplo", cioè di un sistema in cui lo stesso "pacchetto" di ricordi è sottoposto a un confronto parallelo con tipi diversi di analisi del TAT, come quelli delle "aree di approccio" e "aree di autorità" di Kadis, Greene e Freedman (11), della lista di item riguardante la "percezione dell'ambiente", la "reazione all'ambiente" e la "reazione formativa" elaborata dalla Lieberman (17), o ancora delle Scale già citate di Levy e Grigg (16).

In sostanza, tenuto conto degli adattamenti possibili del TAT, si può dire che il TAT, come prototipo delle tecniche proiettive di tipo idiografico, costituisce uno dei buoni modelli di criterio da utilizzare nella validazione di alcuni aspetti della teoria adleriana dei ricordi coscienti d'infanzia.

## BIBLIOGRAFIA

- 1) ADLER A.: "Erste Kindheitserinnerungen". *Int. Zeit. Ind. Psy.* 1933, 11, 81-90.
- 2) ADLER A.: "Significance of early recollections". *Int. Jour. Ind. Psy.* 1937, 3, 283-287.
- 3) ANSBACHER H. L.: "Adler's place today in the psychology of memory". *Jour. Personality.* 1947, 15, 197-207.



- 4) ANSBACHER H. L. - ANSBACHER R. R.: "The individual psychology of Alfred Adler. New York Basic Books, 1956.
- 5) BRODSKY P.: "The diagnostic importance of early recollections". *Am. Jour, Psychother.* 1952, 6, 484-493.
- 6) DREIKURS R.: "The Psychological Interview in medicine". *Am. Jour. Ind. Psy.* 10, 99-122.
- 7) EISENSTEIN W. - RYERSON R.: "Psychodynamic Significance of the First Conscious Memory". *Bull. Menninger Clin.* 1951, 15, 213-220.
- 8) HADFIELD J. A.: "The reliability of infantile memories" *Brit. Jour. Med. Psycho.* 1928, 8, 87-111.
- 9) HEDVIG E. B.: "Stability of early recollections and thematic apperception stories". *Jour. Ind. Psycho.* 1963, 19, 49-54.
- 10) KADIS A. L. - LAZARSELD S.: "The respective roles of earliest recollections" and "images". *Am. Jour. psychoter.* 1948, 2, 250-255.
- 11) KADIS A. L. - GREENE J. S. - FREEDMASE N.: "Early childhood recollections-an integrative technique of personality test data" *Am. Jour. Int. Psycho.* 1953, 10, 31-42.
- 12) LANGS R. J. - REISER M. F.: "A Manual for the scoring of the manifest content of the first memory and dreams". A. Einstein College of Medicine, Bronx, N.Y. 1961.
- 13) LANGS R. J. - ROTHENBERG M. B. - FISHMAN J. R. - REISER M. F.: "A method for clinical and theoretical study of the earliest memory" *Arch. gen. Psychiatry,* 1960, 3, 523-534.
- 14) LANGS R. J.: "Earliest memories and personality". *Arch. gen. Psychiatry.* 12, 1965, 379-390.
- 15) LANGS R. J.: "First memories and characterologic diagnosis". *Jour. nerv. ment. Dis.* 1965, 141, 318-320.
- 16) LEVY J. - GRIGG K. A.: "Early Memories". *Arch. Gen. Psychiatry,* 1962, 7, 57-69.
- 17) LIEBERMAN M. G.: "Childhood memories as a projective technique". *Jour. Proj. tech.* 1957, 21, 32-36.
- 18) MAYMAN M.: "Early memories and character structure". *Jour. proj. tech.* 1968, 32, 303-316.
- 19) MOSAK H. H. - MOSAK B.: "A bibliography for adlerian Psychology". John Wiley, New York, 1975.
- 20) MOSAK H. H.: "Early recollections as a projective technique". In: "On purpose" *Collected Papers. A. Adler Institute, Chicago,* 1977, 60-75.
- 21) MOSAK H. H.: "Early recollections: evaluation of some recent research". *Ibi,* 144-152.
- 23) MOSAK H. H.: "The early recollections of Adler, Freud, and Jung". *Ibi,* 228-238.
- 24) MUNROE R. L.: "Schools of psychoanalytic thought". The Dryden Press. 1956.
- 25) PLEWA F.: "The meaning of childhood recollections". *Int. Jour. Ind. Psy.* 1935, 1, 88-101.
- 26) SAUL L. J. - SNYDER T. R. - SHEPPARD L.: "On earliest memories". *Psycoan. Quart.* 1956, 25, 228-237.

GIAN GIACOMO ROVERA \*  
ANDREA FERRERO \*\*

## L'INTERPRETAZIONE: PROBLEMI NELLE PSICOTERAPIE DELL'ETÀ EVOLUTIVA

### A) INTRODUZIONE

Per interpretazione, secondo un modello psicodinamico e mediante l'indagine analitica, si intende l'esplicitazione del senso latente (o nascosto) nei discorsi e nelle condotte di un soggetto. L'interpretazione mette in luce le modalità del conflitto difensivo (finzione rinforzata) ed è rivolta allo "scopo" che viene formulato in ogni produzione significativamente rivolta all'inconscio, inteso qui "come ciò di cui non siamo consapevoli" (Rovera). L'interpretazione potrebbe anche essere definita come comunicazione fatta al soggetto di questo senso latente (o nascosto) secondo le regole imposte dalla strategia terapeutica.

L'obiettivo dell'interpretazione e lo scopo ultimo della stessa è, per gli adleriani, la mèta fittizia e segreta spesso di superiorità, nonché il fantasma in cui esso prende corpo.

L'interpretazione non è quindi solo riservata a quel prodotto fondamentale dell'inconscio che è il sogno, ma si applica agli altri prodotti dell'inconscio (atti mancati, sintomi, fantasie compensatorie, ecc.); più generalmente quindi è riferita a ciò che, nel discorso e nel comportamento dell'individuo, porta il segno di quello che Adler nel "Senso della vita", definisce il "noto segreto".

L'interpretazione infine non comprende l'insieme degli "interventi" che l'analista effettua durante "la cura" (Laplanche e Pontalis): ad esempio l'incoraggiamento a parlare, le rassicurazioni, la spiegazione di un meccanismo o di un simbolo, le ingiunzioni, le costrizioni, ecc. Peraltro tutti gli interventi possono assumere nella situazione analitica valore interpretativo.

---

\* Cattedra di Igiene Mentale dell'Università di Torino - Professore Incaricato.

\*\* Medico Interno della Clinica Psichiatrica dell'Università di Torino.

Sicché esiste un'affinità tra interpretazione nel senso analitico del termine e altri processi mentali (quali da parte del paziente certi tipi di elaborazione dei sogni, di primi ricordi, di immagini fantastiche, ecc.), in cui si manifesta una attività interpretativa.

La presente ricerca è suddivisa in ulteriori due parti, coniugate fra loro: la prima ha un carattere teorico-metodologico, la seconda tecnico-pratico.

## B) ASPETTI TEORICO-METODOLOGICI

L'interpretazione riveste senza dubbio, ed ha rivestito da sempre, un'importanza considerevole, se non centrale, non solo all'interno delle metodiche terapeutiche che si rifanno alle correnti di psicologia e psichiatria dinamica, ma nell'ambito stesso del loro edificio teorico.

Numerose sono le citazioni in tal senso. Ricca e di antica data, parallelamente, è la disputa sul significato preciso che, da un punto di vista teorico e applicativo, essa riveste (da Jaspers a Ricoeur, da Rapaport a Codignola).

Nota è la posizione di molti psicoanalisti i quali affermano che la validità dell'interpretazione, e il suo valore, sono garantiti dalla coerenza interna del modello teorico (anche metapsicologico), nel quadro dei "referenti" dell'agire terapeutico ("prassi" per Codignola).

Si delimita così da una parte ciò che è interpretabile, il perché lo sia e il come debba esserlo (il "falso"); e dall'altra ciò che non lo è, ed in quale particolare modo si delinea con chiarezza il setting (il "vero").

Nei termini posti il ragionamento pare autoadesivo. Da tale impostazione sembra peraltro sfuggire Rapaport, che ci pare rendersi conto che l'antinomia vero-falso è di natura epistemologica (e quindi superabile) e non logica.

È allora "vero" che l'interpretazione non è solo una ermeneutica, vale a dire una qualsiasi tecnica esplicativa (Ricoeur), la quale non si riduce perciò ad un mero gioco linguistico; ma è altresì "vero" che lo è anche. Allo stesso modo non sarà esclusivamente una maieutica rivelatrice di un materiale quasi (psico)-geneticamente "pre-dato" (vedi Jung), né si potrà ridurre in schemi di tipo behaviouristico o fenomenologico in modo esclusivo; del resto queste analisi per così dire parziali sono poi correlate non sorprendentemente tra loro, come parti di un tutto da definire in modo epistemologicamente corretto, attraverso un approccio che non può non essere extra-sistemico (vedi anche Rovera).

MARIA TRAMONTI

LA VOLONTA' DI POTENZA  
IN NIETZSCHE E IN ADLER:  
IPOTESI PER UN RAFFRONTO CRITICO

Il fatto di intendere in chiave diversa il linguaggio e le idee che ad esso sottostanno dipende, secondo Adler, da quel « sé creativo » che abita ciascuno di noi e a ciascuno di noi conferisce insieme ad uno « stile di vita » personale, un personale « stile interpretativo ».

Questa considerazione mi si riaffaccia alla mente ogni qual volta sento ricondurre la adleriana « volontà di potenza » alla matrice niciana.

Alcuni avversari di Adler assumono il tono, allorché vi fanno riferimento, di moralisti che additano il peccato, il suo portatore e la demoniaca origine di entrambi, ma persino alcuni suoi sostenitori, timorosi forse di non coincidere con lo standard culturale, si pronunciano talvolta con l'imbarazzo di coloro che coltivino nel segreto un oscuro senso di colpa e un abbozzo di complesso di inferiorità dal quale è possibile che si liberino solamente sottolineando che l'analogia fra le due « volontà di potenza » è meno sostanziale di quanto si creda e ricordando che le pagine di Adler, con la loro prosa affabile e casalinga, non sprigionano davvero gli odori sulfurei di quella smagliante e seducente del Nietzsche. La vera rassicurazione poi la dà il richiamo al « sentimento sociale » che libera da ogni sospetto e da ogni disagio.

E' noto che le parole finiscono col vivere talvolta una vita autonoma ed avventurosa del tutto separata dal senso di cui le ha caricate chi le ha proposte.

Oggi chi parla di « apatia » segnala un vizio di inerzia e di accidia, mentre gli stoici, per i quali rappresentava la massima virtù, la ritenevano indizio del raggiungimento della libertà dalle

Non a caso, per questi motivi, l'approccio psicoterapeutico adleriano è preceduto da un'attenta fase preliminare di tipo anamnestico-diagnostico (Rovera).

Ciò favorisce l'orientamento verso il tipo ottimale di strategia terapeutica, prevalentemente trasformativo od esplorativo o prospettico, sin dai primi colloqui (Rovera, Angelini e Fassino).

È facile puntualizzare che l'attività analitica classica appaia quella esplorativa, volta a cogliere l'emergenza dell'immaginario, attraverso un'attività interpretativa. Ma è anche non difficile comprendere che ciò è assai difficile da realizzarsi nel setting terapeutico coi soggetti in età evolutiva.

Sembra infatti operativamente più pregnante, grazie alle flessibilità della metodologia adleriana, utilizzare una strategia terapeutica orientata prevalentemente o sulla "trasformazione" (ad esempio con l'impiego di sottotecniche comportamentistiche) o sull'analisi prospettica (analisi dello scopo finale, delle mete autorealizzative, dei possibili oggettivi).

In questi casi l'attività interpretativa non è più riferibile alla stretta accezione psicoanalitica, ma nonostante ciò ogni intervento può assumere valore interpretativo qualora venga situato in un "setting" in cui si operi un'identificazione culturale, cioè un'osservazione partecipata in un comune orizzonte di significati (Rovera).

In tal modo anche un processo di incoraggiamento, condotto consapevolmente secondo certe "regole del gioco", può assumere significati di tipo interpretativo (Adler, Dreikurs).

In tal senso i presupposti sono costituiti:

1) da un'osservazione che conosce la dimensione soggettiva nella quale si svolge il comportamento;

2) dalla conoscenza dello stadio di sviluppo del bambino, che ne registri tutto il comportamento, dagli aspetti caratteristici e usuali a quelli insoliti;

3) dal fatto che la condotta è un atto creativo oltre che la risposta a delle stimolazioni esterne, e ne ricerca perciò modelli ricorrenti.

A livello operativo-interpretativo nello specifico contesto ricordato, si terrà conto di dover stimare il bambino così com'è, di educarlo al rispetto di se stesso, di mostrargli fiducia e di mettere a fuoco le sue doti; e ciò facendo uso del gruppo per incrementare la maturazione del soggetto e per integrarlo nel medesimo, in modo che egli sia sicuro della sua posizione all'interno.

Alla stessa stregua possono essere intese, tra gli aspetti prescrittivi in psicoterapia (Rovera), le tecniche di decondizionamento di ispirazione Adleriana utilizzate da Parenti nelle nevrosi fobico-ossessive.

Quello che è importante sottolineare è che tutte queste attività interpretative devono essere iscritte nell'ambito di una attività analitica che si costituisce consapevolmente come tale.

#### D) CASO ESEMPLIFICATIVO

Sergio è un ragazzo di 15 anni, molto piccolo di statura per la sua età cronologica. Gradevole di aspetto, si difende già alle prime battute del colloquio di apertura, sottolineando che è molto intelligente, che ha già avuto molte ragazze e che il mondo "gli fa schifo".

Primogenito di due figli (ha una sorella di quattro anni più giovane di lui) nacque da un parto gemellare. Il fratello Enrico, bicoriale, morì dopo un anno e mezzo per malformazioni congenite. La madre ed il padre, persone colte ed abbienti, vissero angosciosamente la vicenda del gemello destinato a morire realizzando una doppia serie di atteggiamenti: la prima volta completamente a soccorrere Enrico finché egli fosse stato in vita; la seconda mirante a proiettare su Sergio tutte le loro richieste-aspirazioni.

Nei primi 18 mesi di vita Sergio fu affidato ad una balia, ma fino a 5 anni la madre (così è riferito testualmente dalla stessa) non "ebbe il coraggio di amarlo". Solo dopo che nacque la sorellina il soggetto entrò con "pieni diritti" a far parte della famiglia.

Ma la situazione aveva già portato Sergio a ritenersi non amato ed escluso, tant'è che dai primi ricordi infantili emerge questa fantasia: "sarò io vero figlio dei miei genitori?".

Iniziata l'epoca scolastica, a Sergio fu assegnato il ruolo di primo della classe che, nonostante l'ottima intelligenza, regolarmente disattese.

Per anni fu mandato a ripetizione ed a lezione di tutto ciò che molti individui avrebbero potuto desiderare o sopportare: sci, cavallo, nuoto, tennis, lingue, danza, recitazione, pittura, ecc. Il padre continuava a ripetergli: "Non mi importa quello che tu vuoi fare. Ma quello che fai fallo bene, da primo: Age quod agis".

I risultati furono:

- 1°) Aumento esagerato dell'aggressività in famiglia ed a scuola.
- 2°) Disadattamento scolare precoce e duraturo (primo motivo della consultazione).
- 3°) Un complesso di inferiorità-superiorità esasperato, con imponenti gratificazioni in fantasia, talora chiaramente mitomaniche a contenuto culturale-politico (imitativo degli interessi dei genitori).
- 4°) L'uso continuo, dall'età di 14 anni, di hashish (secondo motivo della consultazione).
- 5°) Un'altra caratteristica era data dal fatto che il ragazzo "non si lavava affatto" e pretendeva invece ad esempio il cambio della camicia tre volte al dì (sintomo questo notoriamente non infrequente in taluni fobico-ossessivi).

In breve: anche per l'età, ma soprattutto per le caratteristiche dello stile di vita, il soggetto apparve del tutto refrattario a stabilire un approccio esplorativo e trasformativo. L'unico approccio che accettò fu quello di una linea psicologica che si inserisse lungo la sua priorità all'aspirazione megalomane di essere il primo.

Nonostante vi fosse stata un'interruzione scolastica (per una marcata fobia a questo riguardo), furono riconosciute e messe a fuoco le sue doti e le sue risorse; nonostante vi fosse un atteggiamento mitomanico volto a compensare le sue frustrazioni, gli fu sempre mostrato non di credere al racconto delle sue vicende fantasmatiche, ma alle sue potenziali capacità; nonostante i genitori interferissero nell'analisi con negativi giudizi o minacce sul figlio (anche per le notevoli preoccupazioni reali che Sergio destava in loro), il soggetto venne sempre stimato dall'analista, così com'era.

Tutto ciò non coinvolse gli atteggiamenti realistici di fronte a certi fatti (chiara tendenza tossicomane, fallimento scolastico, esasperata conflittualità familiare). La psicoterapia fu condotta su contenuti di certe situazioni personali e sociali: prima fra queste il senso di inferiorità fisica, poi le frustrazioni scolastiche, in seguito lo sgomento di fronte al timore di non essere amato, ecc.

Per qualche anno il soggetto venne a colloqui saltuari ed in genere solo quando doveva utilizzare il terapeuta come alleato. Verso il 19° anno circa, richiese invece espressamente un'analisi strutturata (tre e poi due sedute la settimana) per affrontare i problemi di fondo.

Da allora, e sono ormai due anni, è in terapia analitica; la strategia di intervento si è spostata da tecniche di incoraggiamento con intenzionalità interpretativa a un approccio prevalentemente esplorativo.

Oggi Sergio lavora col padre, con una discreta continuità; ha ridotto considerevolmente l'uso di hashish (il problema negli ultimi tempi non è più stato affrontato direttamente sul sintomo); sta ridimensionando il suo complesso di inferiorità-superiorità.

Da notare che un anno fa, in 8 mesi, ha avuto 14 incidenti motociclistici-automobilistici; da 13 mesi solo 2; da 5 mesi nessuno.

\* \* \*

Queste brevi note, più che illustrare, permettono di proporre e di comprendere come una serie di interventi seriatati nel tempo possono modularsi lungo un medesimo intento interpretativo, anche applicando strategie di intervento differenti. Specie nel corso di un intervento effettuato nell'arco dell'età evolutiva, l'interpretazione si colloca nel "setting", in modo variabile e a seconda delle richieste profonde del soggetto, della sua "tenuta" in analisi, delle esigenze della "distanza", delle possibilità concrete.

## E) *CONCLUSIONI*

Per concludere, si sottolinea, in base a quanto espresso a livello teorico-metodologico e tecnico-pratico, l'opportunità di una strategia psicoterapeutica che si proponga prevalentemente come "processo", vale a dire come divenire e sviluppo dell'individuo in rapporto alle sue modalità esistenti, ma anche in rapporto alle "possibilità oggettive". Tale modello può rivelare la particolare configurazione concettuale ed il suo campo applicativo nell'ambito di un sistema aperto orientato teleonomicamente (Rovera).

La strategia psicoterapica, come processo, non suppone che l'esperienza del rapporto sia soltanto il campo in cui emergono conflittualità profonde e la riedizione di fatti antichi, ovvero una particolare "cura medica", o ancora una palestra in cui agiscono stimoli correttivi anche se innescati da comunicazioni paradossali. Tutto ciò (vale a dire strategia trasformativa ed esplorativa) può essere via via vissuto nel corso e nel campo della psicoterapia.



In questo tipo di approccio si deve peraltro tenere sempre conto del fattore "teleonomia" (contenuto di invarianza caratteristico dell'individuo e della specie); del parametro "varianza" personale (a livello dello stile di vita ed anche di eventuali alterazioni biologiche); delle "possibilità oggettive" del singolo (somatiche, psicologiche, sociali) considerate queste come prospettive esistenziali. In tale direzione con modalità inerenti al profondo, al quotidiano, al prospettico, l'analisi tende ad interpretare non una mèta prestabilita dal soggetto (che potrebbe essere fittizia) ma la "finalità prevalente" verso cui l'individuo crede di potersi indirizzare. In questo senso si può situare oggi "il modello aperto" della psicologia individuale, in cui si inserisce da un punto di vista teorico-metodologico e tecnico-pratico quel fondamentale strumento analitico che è l'interpretazione.

#### BIBLIOGRAFIA

- ADLER A.: *Le sens de la vie* (1933) trad. di H. Schaffer, Payot, Paris, 1975.
- CODIGNOLA E.: *Il vero e il falso*. Boringhieri, Torino, 1977.
- DREIKURS R.: *Psicologia in classe*. Giunti e Barbera, Firenze, 1961.
- JASPERS K.: *Psicopatologia generale* (1959). Il pensiero Scientifico, Roma, 1964.
- LAPLANCHE J. PONTALIS J. B.: *Enciclopedia della psicanalisi* (1967), Laterza, Bari, 1968.
- PARENTI F.: *Tecniche di decondizionamento di ispirazione adleriana nelle nevrosi fobico-ossessive*. Riv. Psic. Ind. 4-5 (6-7), 1977.
- FEW W. L.: *Die Priorität Nummer Eins. Beiträge zur Individual-psychologie*, Verlag, München, 1978, (124-132).
- PIAGET J.: *L'epistemologia genetica* (1970), Laterza, Bari, 1973;
- RAPAPORT D.: *Struttura della teoria psicanalitica* (1960). Boringhieri, Torino, 1969.
- RAPAPORT D.: *Il modello concettuale della psicanalisi* (1942-1960). Feltrinelli, Milano, 1977.
- RICOEUR P.: *Della interpretazione* (1965) Il saggiatore, Milano, 1967.
- ROVERA G. G.: *La psicoterapia quale situazione di crisi da: La psicoterapia nelle situazioni di crisi. Il pensiero scientifico*, Roma, 1977, (23-43)
- ROVERA G. G.: *Considerazioni logico-formali sugli aspetti prescrittivi in psicoterapia*. Rel. Centro Studi Psicoterapia Medica, Milano, 1964, Silvestrelli e Cappelluto, Torino, 1964;
- ROVERA G. G.: *Psicoterapia e cultura: prospettive su base adleriana, su: Psicoterapia e cultura. Il Pensiero Scientifico*, Roma, 74, 1976.
- ROVERA G. G. FASSINO S.: *Contributo clinico in tema di isteria*. Minerva Psych. 19,3, 1978 (113-130).
- ROVERA G. G. FASSINO S. ANGELINI G.: *Prospettive interdisciplinari e interanalitiche in psicoterapia*. Minerva Psych. 18,4, 1977 (167-174).
- ROVERA G. G. PINESI L. FULCHERI M.: *L'importanza della anamnesi nell'approccio al paziente psicosomatico*. Atti 3° Congr. Mond. ICPM "Therapy in psychosomatic medicine", Roma 2,842, 1975.
- WALLON H.: *Sviluppo della coscienza e formazione del carattere*. La nuova Italia, Firenze, 1967.

FRANCESCO CASTELLO

## LE NEVROSI ADOLESCENZIALI E LA COMPENSAZIONE DELLA VOLONTÀ DI POTENZA

“La volontà di potenza ha il valore di un’energia di compensazione che permette all’uomo, nelle più diverse occasioni, di porre un rimedio alla sua intima insicurezza” (PARENTI E COLL.). Infatti, il sentimento di inferiorità, di inadeguatezza, di impotenza, trova nella volontà di potenza la compensazione più diretta e più fittiziamente rassicurante.

In queste poche parole si può sintetizzare un piano di vita da cui può prendere avvio lo sviluppo di uno stile di vita nevrotico.

L’osservazione e l’analisi di bambini e di adolescenti consentono di cogliere momenti, vicini alla loro attualità in divenire, che l’analisi degli adulti, invece, deve tentare di evocare, per collegarli al modo di porre in essere, nel contesto di una esistenza più complessa, più ricca, più irta di esperienze vissute, sofferte, subite, compensazioni di carenze meno facilmente identificabili. Sotto questo profilo, possiamo dire che la psicoterapia dei bambini e degli adolescenti si presenta non più facile, ma più immediata. Nel suo svolgersi, gli aspetti del rapporto interpersonale con l’analista sono più netti e tendono, in gran parte, a riprodurre i problemi del rapporto coi genitori; anche se non sempre le tensioni sono orientate nello stesso verso, esse si delineano quasi sempre sulla stessa direzione.

Possiamo notare come, trattando con bambini o adolescenti, la volontà di potenza si espliciti in loro con modi netti e diretti, evidenti, frequentemente connotati in senso aggressivo, sì da indurre l’analista a dover decidere rapidamente sulla via da seguire nella strategia terapeutica.

Ciò è in rapporto col particolare genere di “volontà di potenza” che può entrare nella relazione terapeutica come ingrediente principale e che può caratterizzare il significato dell’intera dinamica del processo analitico.

Cerchiamo di ricondurre queste considerazioni ad alcuni esempi concreti:

Un bambino di sei anni, figlio di genitori separati, viene portato dal nonno paterno, che si lamenta per la irrequietezza, la capricciosità, la disobbedienza del nipotino. Il nonno, oltre ad esprimere disapprovazione per il figlio, padre del bambino, afferma che, per le condizioni fisiche legate all'età, lui e la moglie non sono in grado di seguire, accontentandolo, il nipote nelle sue varie imprese di piccolo scavezzacollo. Il bambino, da un po' di tempo, nel corso dell'estate, ha preso l'abitudine di uscire di casa la sera dopo cena (la famiglia abita in un piccolo paese della riviera ligure) e di trattenersi fuori, finché i nonni non riescono a rintracciarlo ed a persuaderlo, implorandolo, a rientrare. Questo, solitamente, avviene attorno alla mezzanotte.

Tutti gli adulti della famiglia offrono al bambino un quadro improntato a profonda insicurezza e la risposta del piccolo paziente ha il significato di un tentativo di autonomizzazione diretta, che prende spunto dall'esempio dei genitori, che si sono separati andandosene di casa, per costruire uno schema compensativo dell'incertezza che gli adulti gli propongono.

Il nonno cerca nello psicologo un aiuto forte, che sappia imporre al bambino di non fare più certe cose. D'altra parte il bambino ha la necessità di avere accanto una figura sicura, alla quale non dover più sostituire un potere così faticosamente dispotico, dal cui esercizio nascono, tra l'altro, elementi fortemente ansiogeni (incubi, fantasie di streghe che lo assalgono, ecc.) e che indica la delinearizzazione di uno stile di vita chiaramente nevrotico.

In questo caso, la compensazione distorta, rappresentata da questa espressione infantile ed esasperata della volontà di potenza, può trovare la prima, fondamentale correzione nella modificazione dell'ambiente reale costituito dagli adulti della famiglia, attuabile col supporto dello psicoterapeuta, che in questo senso avvia una strategia di cambiamento, col cominciare a proporre se stesso come persona sicura e coerente. Infatti, il bambino, nel corso delle poche sedute necessarie per un orientamento adeguato del problema, apparve subito in grado di corrispondere positivamente alla messa in atto di un tale progetto; posto in un clima di sicurezza e di serena coerenza, non avanzava più quelle pretese prepotenti lamentate dai nonni, mostrando in tal modo che il suo bisogno di imporsi poteva non emergere in una situazione ambientale diversa da quella per lui abituale; veniva perciò a cadere la necessità, invocata dal nonno, di reprimere, con un potere più grande e punitivo,

ciò che il bambino, in altre circostanze, tendeva ad esplicitare. Infatti, il suo bisogno di onnipotenza non era altro che la compensazione dell'insicurezza, e pertanto un elemento non primario, per quanto appariscente ed enfaticizzato dai familiari, della sua personalità.

Passando all'esame di altri casi, vediamo l'estremo attuarsi della volontà di potenza, ad esempio, nei tentativi di suicidio che, se non riescono, conducono poi con frequenza l'autore o l'autrice allo psicoterapeuta.

Sappiamo quanto siano diffusi i tentativi di suicidio tra gli adolescenti, specie tra le ragazze, e come questo corrisponda alla necessità di compensare sentimenti di insicurezza in modo distruttivo, attraverso un atto di potere che consenta di avere comunque "l'ultima parola", senza lasciare agli altri possibilità di replica. Questa insicurezza appare frequentemente legata ad un certo tipo di rapporto familiare.

Credo opportuno chiarire il significato del rapporto al quale faccio riferimento: esso consiste nella struttura di una relazione tra due termini che, se non completamente differenziati, possono venire a costituire una "unità funzionale". Ne deriva una importante conseguenza: laddove il rapporto ha significato di unità funzionale, intesa come un qualcosa che se ulteriormente suddiviso non ha più la capacità di sopravvivere, non esiste per i suoi termini una reale autonomia. Un tale rapporto, non equilibrato, presuppone la non adeguatezza dei protagonisti al rispettivo, singolo ruolo. È chiaro che nella relazione adulti/bambino, equivalente nella generalità a quella genitori/figlio piccolo, il determinante fondamentale è costituito dal termine genitori. La eventuale dipendenza dei genitori dal bambino può creare una struttura di rapporto perversa, che conduce allo sviluppo di canalizzazioni paradossali o grottesche. Queste considerazioni non sono soltanto frutto di un puro esercizio logico, ma hanno il sostegno della diretta esperienza, tradotta da vari autori in enunciazioni dottrinali ritrovabili in filoni di pensiero diversi per origine, ma convergenti nelle loro conclusioni: dalla antropologia strutturale alle varie correnti della psicologia del profondo, tra le quali la individual psicologia spicca per la ricchezza del suo contributo.

I due termini del rapporto possono essere: un adolescente e la famiglia; allora il rapporto esprime la struttura relazionale familiare dell'adolescente. Questa può essere caratterizzata da carenze funzionali del termine riconducibile al ruolo degli adulti che, per tutta una serie di motivi, non riescono ad offrire un clima adeguatamente sicuro, perché al suo interno un singolo soggetto (il figlio) possa sperimentare,

senza sentirsi travolto dalla paura, momenti di incertezza, di cui pure l'esistenza è grandemente portatrice. Allora l'insicurezza può trovare compensazione in manifestazioni di bisogno di onnipotenza, in cui la volontà di potenza si esprime in maniera diretta. Eventi pratici negativi, inevitabili, quali ad esempio la morte di un genitore, possono innescare o rinforzare l'intensità della compensazione, fino a renderla esasperata.

Il tentato suicidio è allora una sfida alla realtà, come tentativo di negarla, negando se stessi. Ciò è rilevabile anche in altri casi di sviluppi autodistruttivi, come possiamo constatare nell'esperienza di analisi di soggetti anoressici (CASTELLO).

Ad ulteriore riprova della importanza del termine adulti o famiglia nella strutturazione di una relazione che è strutturante e modellante per gli adolescenti, possiamo citare tutti i casi in cui le famiglie, non consentendo di approfondire un lavoro psicoterapeutico, già pervenuto a qualche successo nei confronti di un ragazzo, hanno involontariamente contribuito a far sviluppare modalità di risposta onnipotente autodistruttiva di indiscutibile gravità, quali le canalizzazioni sulle tossicodipendenze da stupefacenti.

Anche qui ci troviamo di fronte a situazioni di intensa inadeguatezza, nelle quali sono presenti compensazioni così marcatamente attinte al versante della volontà di potenza, da far ingannevolmente apparire quest'ultima connessa alla costituzione del soggetto, più che al suo adattamento all'ambiente. E proprio qui troviamo, nel clima ambientale passato e presente, nei sentimenti manifestati dai genitori, nei loro atti, una carica di incertezza e di impotenza di cui la compensazione onnipotente aggressiva o autodistruttiva dell'adolescente è la risposta speculare.

Ricordo il caso di una ragazza, attualmente tossicomane, da me seguita in psicoterapia per un breve periodo alcuni anni fa, quando, all'età di 14 anni, aveva messo in atto un tentativo di suicidio. Il padre era morto da alcuni mesi; la madre, persona intelligente e socialmente valida, non si era però mai occupata del lavoro del marito, contitolare di un'impresa edile, e pertanto, dopo la morte del coniuge, non era in grado di subentrargli nell'attività, né di comprendere adeguatamente le informazioni sull'andamento dell'azienda che le venivano dall'altro proprietario, verso il quale la donna provava una grande diffidenza. La madre, d'altro canto, lasciava alla figlia una notevole libertà, limitandosi a cercare di apparire agli occhi della stessa come vittima delle traversie familiari.

La ragazza, a sua volta, tendeva a richiamare su di sé l'attenzione, ad ostentare un gran desiderio di libertà e di autonomia, addirittura ad allontanarsi da casa senza preavviso, mettendo la madre in grande ansia. Il tentativo di suicidio era conseguito ad una risposta deludente della madre alla sua richiesta di acquistare, con urgenza, un capo di vestiario.

Era chiaro il senso di insicurezza della ragazza, che si rifugiava in una tale prepotenza onnipotente da sentirsi portata ad uccidersi perché la madre non aveva immediatamente potuto soddisfare il suo desiderio.

Nel rapporto terapeutico, che si svolgeva in un clima diversamente caratterizzato rispetto a quello familiare, la ragazza mostrò quasi subito di poter "abbassare la guardia". Non fu difficile aiutarla ad avvertire il senso di sicurezza che le poteva essere trasmesso dal terapeuta, poiché nonostante l'intensità della protesta (il tentato suicidio) era in grado di sentirsi accettata con sufficiente serenità, assai più facilmente di quanto di solito accade agli adulti.

Alla paziente accadde di vivere questa sensazione di maggior sicurezza, che avrebbe dovuto poter sperimentare adeguatamente, affinché non si trasformasse in un rimpianto in più da aggiungere agli altri; ma non poté continuare l'analisi, proprio per l'intervento della madre, che definendo la figlia molto migliorata, la indusse ad interrompere.

Senza tentare di entrare nella interpretazione di questo intervento materno, possiamo rilevare come, certamente, esistessero tra madre e figlia problemi che l'analisi avrebbe potuto toccare.

Vi sono altri casi, in cui la volontà di potenza sembra dominare l'intero quadro della vita del paziente e la relazione terapeutica. I pazienti si impongono regole, sacrifici, privazioni, ed impongono all'analista di prendere in esame ciò che dicono, per il suo contenuto, sul quale cercano la discussione e su cui avanzano richiesta di spiegazioni. Tutto ciò, se accolto passivamente dal terapeuta, contribuisce a determinare un clima di competizione destinata a sfociare nel tentativo di conquistare l'onnipotenza all'interno della relazione da parte dell'uno e dell'altro partner.

Questa modalità di compensazione, che prende corpo anche attraverso il rapporto psicoterapico, può essere adottata dallo stesso analista, o da lui favorita, anche per il timore che il paziente abbandoni la terapia e cada nell'isolamento. Ma da questo timore si sviluppa poi un modo di agire del terapeuta, che richiama una infinità insostenibile di adattamenti, con perdita dello scopo fondamentale dell'analisi, che è quello di liberare il paziente da una schiavitù e non già di tenerlo comunque legato all'infinito. Tutto questo va considerato, tenendo conto del fatto

che nessuna espressione del bisogno di onnipotenza è certamente primaria, così come nessun atto onnipotente è certamente definitivo, allo stesso modo come il tentato suicidio della paziente era dettato da una spinta autodistruttiva occasionale, non esprime un vero desiderio di morire, ma la paradossalità di un atto conseguente al bisogno di vendicarsi di una delusione, di una ferita all'orgoglio, o di richiamare l'attenzione o l'amore degli altri su di sé. Tutto questo è inficiato dal fatto che, per poter godere del risultato dell'atto, l'autore dovrebbe poter essere presente, e se l'atto sortisce l'effetto pratico, ciò non può accadere.

Questa considerazione, apparentemente impietosa, mi ha permesso di affrontare l'argomento del suicidio con diversi pazienti che lo minacciavano, ottenendo l'avvio di un dialogo che ha consentito di arrivare ad interpretare ciò che essi intendevano attuare, ed a scongiurarne l'effettiva esecuzione.

L'esperienza diretta di analisi e di counseling mostra come l'esplicazione della volontà di potenza nei bambini e negli adolescenti segua modalità che trovano corrispondenza nel "processo primario" Freudiano, in assenza della maturazione di quel "processo secondario" che consente di inserire i desideri ed il soddisfacimento dei bisogni in una strategia duttile, che richiede la capacità di procrastinare, di saper attendere, di mantenere l'intenzione progettata nel contesto più generale dell'esistenza, senza fare della frustrazione il centro del contesto.

In termini Adleriani, questi dinamismi corrispondono ad una volontà di potenza che si espliciti non tenendo o tenendo conto del senso sociale, da cui nasce la capacità di accettare l'andamento dei fenomeni del reale e di rispettare la personalità degli altri e le sue varie manifestazioni.

Vediamo allora come il problema principale che si viene a coagulare attorno ad una esigenza sia costituito, in senso pragmatico, dal come dare, alla tendenza all'autoaffermazione, una linea progettuale realistica, permeata dal senso sociale, o invece, una linea progettuale rigida e stereotipata, che tende allo scopo direttamente, senza accettare la eventualità che un piano possa trovare attuazione attraverso tappe successive e che possano, di fronte ad un'intenzione, sorgere difficoltà ed ostacoli.

La volontà di potenza, così come è definita nell'introduzione, ha proprio questa caratterizzazione, che sovente viene a riprodursi all'interno della situazione generale, finendo per costituire essa stessa un progetto sistematico, al quale si ispira ogni istante della vita del

paziente. Allora ogni ostacolo può apparire insopportabilmente frustrante, ed il comportamento può essere determinato dalla necessità del soggetto di mantenere sempre attivo uno schema finalizzato ad evitare ogni contrarietà, anche momentanea. La carente capacità di elaborare soluzioni alternative da parte del bambino o dell'adolescente, fa sì che tutti i processi di sviluppo ne siano fortemente influenzati. Dirò qui, per inciso, che questo processo di evitamento appare presente nella costruzione della personalità ipocondriaca, che costituisce uno dei più grossi problemi della psichiatria clinica.

Gli esempi citati mostrano come nelle nevrosi infantili ed adolescenziali sia presente la tematica dell'onnipotenza, e come questa non abbia caratteristiche di primarietà, ma sia invece, sempre espressione della compensazione di sentimenti di inadeguatezza e di impotenza, grandemente trasmessi dall'ambiente, quello familiare in primo luogo. Da qui nasce la necessità di un intervento attivo del terapeuta, il quale deve rivolgere la sua attenzione, prima ancora che al contenuto della nevrosi, al tipo di rapporto che avvia col paziente. Non si dimentichi che, secondo le nostre premesse, il terapeuta assume su di sé tutte le problematiche dell'ambiente umano del suo interlocutore.

La prassi Adleriana è costantemente improntata ad accettazione genuina e gratificante; mai forse, come in questo genere di situazioni, ciò è particolarmente importante, e l'accettazione può essere espressa in forma di iniziativa attiva, non soltanto fatta di risposte interpretative che potrebbero continuare a sostenere quel senso di impotenza, già così intensamente avvertito e rifiutato dai pazienti.

L'importanza di una condotta "attiva" del terapeuta è confermata dalla notevole messe di risultati positivi, derivanti anche da brevi interventi di counseling su problematiche infantili o adolescenziali.



## BIBLIOGRAFIA

- ADLER A., *Über der Nervosen Charakter*, Bergmann, Monaco, 1912.
- ADLER A., *Praxis und Théorie der Individual Psychologie*, Bergmann, Monaco, 1920.
- ADLER A., *Menschenkenntnis*, Hirzel, Lipsia, 1926.
- CASTELLO F., *La volontà di potenza: sua espressione in alcuni casi di anoressia mentale*, *Riv. di Psicologia Individuale*, 5,8, 1977.
- FREUD A., *Normality and Pathology in childhood*, *Assessments of Development*, International University Press, New York, 1965.
- FREUD S., (1915-1917) *Introductory lectures on Psychoanalysis*, Hogart Press, voll. XV, XVI, London, 1950.
- LEVY STRAUSS C., *Anthropologie Structurale*, Librairie Plon, Paris, 1958.
- MILLER G. A., GALANTER E., PRIBRAM K. H., *Plans and structure of behavior*, Holt, Rinheart & Winston, Inc., California, 1960.
- PARENTI F., *Manuale di psicoterapia su base adleriana*, Hoepli, Milano, 1970.
- PARENTI F. e coll., *Dizionario Ragionato di Psicologia Individuale*, Cortina, Milano, 1975.
- WATZLAWICH P., BEAUVIN J. H., JACKSON D. D., *Pragmatic of human communication. A study of interations patterns, pathologies and paradoxes*, W. W. Norton & Co., New York, 1967.
- WOLMANN B. B., *A handbook for the practicing psychoanalyst*, Basic Books, New York, 1967.

EDMONDO PASINI\*

## “IMPORTANZA DELL’INSIGHT NELLA TERAPIA DEL BAMBINO ODIATO”

Con la denominazione “bambino odiato” abbiamo voluto comprendere molteplici situazioni strutturalmente distinte che, riconoscendo cause eziologiche diverse, possono, tuttavia, essere trattate in un unico gruppo, in quanto determinano un’unica sindrome dove, accanto a segni minori, predominano una grave insicurezza, sia personale che sociale, associata ad isolamento affettivo.

Le situazioni che possono causare tale complessa sintomatologia sono numerose e ci limiteremo a segnalarne alcune tra le più significative.

Un primo gruppo si riferisce a bambini veramente odiati, malvisti, sicuramente non desiderati, costretti a vivere in un ambiente privo di qualsiasi calore umano e spesso pure sottoposti a maltrattamenti e vessazioni fisiche e psicologiche. Le cause sono da ricercarsi nella personalità morbosa di chi si occupa del bambino (genitori, parenti, tutori, educatori, ecc.); infatti si tratta o di evidente patologia (quali psicosi, gravi psicopatie, etilismo conclamato, intossicazione da stupefacenti, ecc.) e di personalità con apparente minore patologia, ma con inadeguato sviluppo del sentimento comunitario, esagerato sviluppo di tratti antisociali, immaturità affettiva.

Un esempio di quest’ultimo tipo di patologia può essere l’esagerata gelosia o verso il proprio figlio, per paura che possa alienare l’affetto del coniuge, o verso il figlio del coniuge e di altro partner, per paura che possa rammentare situazioni passate.

Un secondo gruppo, analogo al precedente, ma per fortuna con manifestazioni generalmente meno negative per il bambino, si riferisce a bambini la cui nascita non è stata accettata per svariate motivazioni di

---

\* Istituto Universitario di Lingue Moderne - Milano - Cattedra di Psicologia - Professore Incaricato.

carattere psicologico, sociale, personale. Quali esempi possono essere citati alcuni casi di figli di ragazze madri o nati da relazioni extraconiugali, bambini nati in famiglie con gravi dissapori tra i genitori o in situazione di grave indigenza economica, bambini di sesso diverso da quello desiderato, ecc. Per questi casi, importante è il comune denominatore di bambino la cui nascita non è stata accettata; inoltre la situazione è aggravata anche dal fatto che il bambino è fatto partecipe di non essere stato desiderato e viene quasi rimproverato di essere nato, originando in lui assurdi sensi di colpa.

Un terzo gruppo si riferisce a bambini che sono solo trascurati dai genitori, o da chi si occupa di loro abitualmente, e riguarda in particolare la disponibilità degli adulti verso le esigenze materiali e psico-affettive del bambino. Si può osservare un passaggio da un effettivo e costante disinteresse, ad uno minimo, saltuario e nei limiti della norma. Le cause possono essere di natura prevalentemente psicologica, o di natura prevalentemente sociologica. Un esempio del primo tipo può essere quello di un particolare atteggiamento mentale, dovuto spesso ad un abbassamento di responsabilità verso il figlio di cui si percepisce solo l'inevitabile sacrificio di educarlo ed allevarlo, per cui si demanda a terze persone il compito di averne cura; si può dimostrare che molti bambini sono avviati all'asilo solo perché "danno fastidio".

Un esempio di non disponibilità per cause sociologiche riguarda la reale mancanza di tempo di uno o di entrambi i genitori, impegnati in attività lavorative. Dato che quest'ultimo è un caso assai frequente, ritengo utile sottolineare che si può ovviare all'assenza materiale dei genitori con una migliore e maggiore disponibilità verso le esigenze del bambino durante la vicinanza con lui.

Un quarto gruppo di situazioni che rientrano in quelle che possono originare la sindrome del bambino odiato si riferisce prevalentemente a casi dove predomina un errore pedagogico, per cui il bambino si sente trascurato; si tratta di bambini che possono essere anche ben curati sul piano materiale, ma poco considerati nelle loro esigenze affettive. Quale esempio si può citare il cosiddetto efficientismo di alcuni genitori che si rifiutano di giocare col bambino perché sono assorbiti in attività che possono pure riguardare il bambino stesso, oppure quei casi dove i genitori si occupano maggiormente di un altro figlio, che richiede maggiori cure per le sue condizioni fisiche o di carattere. In tutti questi casi il bambino, che non è in grado di comprendere il comportamento dei genitori, finisce fatalmente per sentirsi non capito e trascurato.

Un ulteriore gruppo si riferisce a bambini con tratti nevrotici della personalità che non sono riusciti a sviluppare un adeguato senso di sicurezza e che vivono costantemente, nel timore di essere trascurati, quasi una rappresentazione fantasmatica dell'abbandono; in questi casi è il vissuto soggettivo del bambino che lo fa rientrare nel gruppo del bambino trascurato, quindi anche odiato. Quali esempi, oltre a classici casi di nevrosi del carattere, si possono citare errori pedagogici quali alcune reazioni a una esagerata rivalità fraterna, esarcebata da affermazioni che valorizzano il fratello, oppure reazioni a stolide minacce di abbandono quali: "se farai il cattivo il papà e la mamma andranno via e non li vedrai più", oppure: "verrà l'uomo nero e ti porterà via". Nel bambino già ipersensibile e costituzionalmente emotivo si sviluppa l'idea ossessiva dell'abbandono e del distacco.

Tralasciando per brevità altre situazioni che possono determinare la complessa sintomatologia del bambino odiato, si può affermare che tutte si verificano quasi esclusivamente in famiglie, intese nella più ampia estensione del termine, prive di qualsiasi calore affettivo, incapaci di sviluppare un adeguato sentimento di sicurezza personale.

Conformemente a quanto espresso da Adler e sviluppando ulteriormente le sue teorie, riteniamo che la famiglia sia il luogo privilegiato per la salute mentale dell'individuo, a causa dei rapporti strutturali e dinamici che avvengono in essa.

Infatti la famiglia rappresenta il primo impatto con la società, la prima esperienza socializzazione e in essa si attuano una serie di situazioni, che si riallacciano alla possibilità e alla capacità dell'individuo di integrarsi in un contesto sociale e di progredire nella propria maturazione; essa costituisce la base per l'identificazione di ciascun membro in un ruolo proprio, strutturalmente dinamico e separato sia dagli estranei, sia dagli altri componenti la famiglia stessa.

Inoltre la famiglia serve a soddisfare le esigenze affettive e a fornire ad ogni membro un più valido senso di sicurezza psicologica, poiché in ciascun individuo esiste, più o meno marcato, un bisogno di affetto che si basa su motivazioni il più frequentemente inconsapevoli. L'affetto serve anche a rassicurare il singolo di fronte all'angoscia esistenziale della solitudine e al sentimento di inferiorità.

Se nella famiglia esiste una base comune affettiva e una capacità di dialogo, inteso come scambio di stati d'animo e di reazioni affettive, è assai più facile non sentirsi soli e diminuire l'angoscia della solitudine; inoltre viene aumentato il senso di sicurezza personale attraverso la

diminuzione del sentimento di inferiorità che si prova a doversi inserire in una realtà percepita e spesso obbiettivamente ostile.

Il senso di maggiore sicurezza è determinato sia dal sentimento di appartenere a un gruppo, sia da quello di possedere un gruppo, quindi dall'essere accettato e dall'accettarne i membri.

Si strutturano delle interazioni dinamiche che modificano i membri e stabiliscono mutui comportamenti tra i vari componenti del gruppo; importante è che esista una matrice comune affettiva, poiché è indispensabile che sussista uno scambio di stati affettivi per garantire la dinamicità della situazione. Pertanto è necessario che ognuno sia centro affettivo e che a sua volta possa riporre il proprio affetto su qualcuno, poiché solo in questo modo si può progredire in una costante maturazione dinamica. Se dovesse mancare uno dei due passaggi, fatalmente si arriverebbe ad una stasi e a un'immobilità affettiva, per cui l'angoscia della solitudine e il sentimento di inferiorità riprenderebbero corpo e verrebbero riportati in superficie.

La famiglia pertanto viene ad essere una specie di campo di forze dove ognuno ricava sicurezza e contribuisce alla sicurezza dell'altro e il mantenimento di questo campo dinamico è garantito dall'apporto affettivo di ciascun membro.

Da quanto brevemente accennato, si può facilmente dedurre come situazioni familiari prive di capacità affettiva possano creare conseguenze dannose per il bambino. Infatti la mancanza di affetto e il vissuto soggettivo dell'abbandono e dell'isolamento si ripercuotono sulla sfera timica del bambino, originando un sentimento di profonda insicurezza personale e un'incapacità di saper contrarre legami sociali validi e durevoli, soprattutto sul piano profondo della comunicazione.

Il sentimento di insicurezza personale è anche aggravato dalla tendenza autopunitiva di fronte alla frustrazione costituita dal comportamento negativo dei genitori. È noto come di fronte alla frustrazione si possa avere o un atteggiamento extrapunitivo, accusando gli altri, o intrapunitivo accusandoci e autopunendoci, oppure neutro minimizzando la frustrazione. L'evenienza neutra è la più difficile da realizzare per il bambino, poiché richiede maturità di personalità e di giudizio, per cui, posto di fronte ad una ingiustizia commessa dai genitori, tende a colpevolizzarsi, poiché sarebbe ancora più frustrante l'idea di essere malvoluti, rispetto all'idea di essere ingiustamente castigati o di meritare il castigo.

È importante sottolineare come tali situazioni negative determinino uno stile di vita costantemente orientato verso una visione pessimi-

stica per cui ci si attende solo ostilità e dinieghi, rifiutando l'aiuto anche quando viene liberamente offerto.

Da quanto esposto si ricava facilmente che la sindrome del bambino odiato è caratterizzata da una grave insicurezza personale in quanto, venuto meno il primo supporto dovuto dalla famiglia, si è determinato uno scadente concetto di sé. Una conseguenza è spesso un insufficiente rendimento scolastico per una insicurezza personale, per cui si osserva, malgrado un buon patrimonio intellettuale od attitudinale, uno scarso impegno, con facile esauribilità, difficoltà di concentrazione e spesso di memoria.

L'insicurezza personale è aggravata dall'insicurezza sul piano sociale, in quanto le prime esperienze di socializzazione, avvenute nell'ambito familiare, sono state negative; ne deriva una continua difficoltà di rapporti interpersonali, con isolamento affettivo e inadeguato sviluppo del senso comunitario.

Altra conseguenza è un frequente isolamento con privazioni di amicizie e, in età più adulta, difficoltà a saper comunicare su un piano profondo con un partner.

Da questo esposto sembrerebbe che l'avvenire di questi bambini sia inemendabile e destinato inevitabilmente a far condurre una vita negativa, ma la Psicologia Individuale Adleriana è contraria al rigido determinismo e all'immutabilità della personalità per cui né l'ereditarietà, né l'ambiente sono considerati i soli determinanti dalla personalità. Essi costituiscono la trama e l'influenza con le quali il potere creatore dell'individuo elabora la propria personalità e il proprio stile di vita.

Adler, rifiutando il concetto del trauma unico ed elaborando quello della compensazione da situazioni frustranti e negative di qualsiasi natura, ha espresso una visione ottimistica per il futuro dell'individuo; infatti l'uomo non sarà più rigidamente condizionato da ereditarietà o influenze ambientali, familiari o sociali, ma potrà "compensare" tali carenze elaborando un adeguato stile di vita. Nel bambino odiato lo stile di vita si struttura, generalmente, in gradi più o meno accentuati, in senso di rifiuto del contatto interpersonale e scarsa fiducia in sé e solo un'adeguata compensazione in età adulta può modificare tali atteggiamenti.

Come nella generalità della terapia adleriana l'insight ha una importanza fondamentale anche per questi casi; esso deve essere il più precoce possibile poiché minori risulteranno le conseguenze del sentimento di autoinsufficienza.

Il terapeuta deve comprendere le motivazioni del comportamento e

renderne edotto il paziente migliorandone la sintomatologia.

In concreto si tratta di rendere il bambino consapevole che non dipende dalla sua "costituzione" se va incontro a frustrazioni ed insuccessi nel campo sociale e scolastico, ma da cause esterne. Tenendo conto di quanto già espresso, che il bambino rifiuta l'idea di essere odiato e trascurato dai genitori e che preferisce considerarsi cattivo per giustificare il loro comportamento, non sarà sempre possibile esprimere la verità in termini crudi. La metodologia dell'insight totale è senz'altro consigliabile con gli adulti, ma nei bambini non è sempre attuabile, soprattutto quando ci si riferisce ai loro genitori; infatti tanti insuccessi terapeutici, specie incontrati da terapeuti di estrazione culturale non adleriana, sono dovuti all'aver colpevolizzato i genitori, creando nel bambino, o nel ragazzo, una situazione conflittuale di amore e di odio.

Si tratta di rendere il bambino consapevole che le cause dell'insuccesso sono all'esterno della sua personalità e di favorire, analizzando caso per caso, tutte quelle situazioni che possono migliorare l'adattamento ed inserimento sociali. Così potranno essere privilegiati contatti con alcuni parenti, con amici, la pratica di sports, ecc.

Inoltre, dato che per fortuna spesso la sindrome del bambino odiato è dovuta non a vera crudeltà, ma a trascuratezza o ad errori psicopedagogici, è sempre da ricercare il cambiamento della situazione di base, agendo direttamente sui genitori e sulla famiglia.

A conclusione della relazione vorrei citare una casistica personale. Su 47 bambini con età dai 7 agli 11 anni, esaminati per problemi scolastici o di scarso adattamento sociale, ben 32 risultarono rientrare nel gruppo del bambino trascurato. Si è trattato per trenta casi di bambini del terzo e quarto gruppo, ossia trascurati per motivazioni psicologiche, sociologiche o per errori psicopedagogici, e per essi il recupero totale è avvenuto tramite la terapia sia sul bambino, sia sulla famiglia. Due casi si riferivano a bambini del secondo gruppo in quanto entrambi non erano stati accettati a causa di grave conflittualità tra i genitori aggravata dalla presenza del figlio. Anche per questi casi si è avuto un recupero totale agendo sul ragazzo favorendone sia la comunicazione con altri parenti (nonni, zii, cugini), poiché le famiglie rispondevano solo parzialmente alle sollecitazioni psicologiche, sia l'inserimento in gruppi sportivi. Non ho esperienza di bambini veramente odiati del primo gruppo, tuttavia ritengo che, pur prescindendo dall'aiuto della famiglia, si possa migliorare egualmente la situazione attuando tutti quei provvedimenti che possono migliorare l'inserimento sociale ed in particolare togliendo al bambino il senso di inadeguatezza.

DONATELLA ZAVALLONI\*

LA DOTTRINA PEDAGOGICA DI MARIA MONTESSORI:  
SUE AFFINITÀ CON IL PENSIERO ADLERIANO E  
SUA UTILIZZAZIONE NELLA PSICOTERAPIA DEL BAMBINO

I corollari psicopedagogici che rappresentano una fra le più importanti linee applicative del pensiero psicologico di Alfred ADLER trovano affinità e convergenze teorico-pratiche nella dottrina e nella metodologia educativa di un'altra grande pedagogista: Maria MONTESSORI.

Questa comunicazione ha lo scopo di segnalare tali parallelismi, documentandoli, e di suggerire alcune modalità d'impiego delle tecniche montessoriane nel trattamento psicoterapeutico del bambino.

La psicoterapia infantile, infatti, non può prescindere da spunti pedagogici, poiché la graduale presa di rapporti della nuova entità psicofisica in divenire con le caratteristiche dell'ambiente, inteso nelle sue componenti naturali e umane, utilizza di necessità il processo dell'apprendimento, i cui dinamismi e la cui strutturazione contribuiscono in modo determinante alla formazione di uno stile di vita armonico o invece distorto da compensazioni nevrotiche.

I passi delle opere di Maria MONTESSORI che coincidono sorprendentemente con il pensiero di Alfred ADLER sono così numerosi che, in questa sede, è possibile offrirne solo alcune citazioni parziali, esemplificatrici comunque della fondamentale fratellanza dei due filoni creativi.

Ecco, per iniziare l'analisi comparativa, un brano tratto dal libro della MONTESSORI "Come educare il potenziale umano" (Garzanti, Milano, 1970).

"Un altro fattore vitale dell'intelligenza è l'impulso ad agire in vista di uno scopo, che fa parte di quello che è stato chiamato *élan vital*... Questa forza induce i bambini delle nostre scuole a lavorare spontaneamente, persistendo a ripetere la stessa esperienza finché non siano

---

\* Medico e Analista S. I. P. I.



completamente soddisfatti... In realtà l'élan vital si trova in ogni forma di vita e, quando emerge nello strato cosciente del pensiero, diventa un fattore volontario... L'impulso vitale subconscio, molto più grande, ora viene chiamato dagli psicologi *ormé* e il suo campo di azione, in confronto a quello della volontà cosciente, è di gran lunga più vasto... Gli esseri umani possono essere costretti ad agire dall'*ormé* senza che la volontà entri coscientemente in azione..."

Un'attenta lettura del passo citato permette, a chiunque conosca i fondamenti della Psicologia Individuale, di trarre le seguenti conclusioni comparative:

1) È presente qui, in grande rilievo, un'impostazione psicologica finalistica, del tutto analoga a quella adleriana.

2) L'inquadramento teleologico, come in ADLER, si estende qui a tutte le forme viventi, lungo una linea interpretativa biologico-psicologico-cosmica.

3) Come in ADLER, avvertiamo nella MONTESSORI un'avanzata concezione psicologica dell'inconscio, inteso nell'ambito del principio dell'unità psichica di ogni individuo e collocato inoltre, dinamicamente, in una prospettiva finalistica, non monotematica e limitante per quanto riguarda i contenuti.

Leggiamo ancora nella stessa opera della MONTESSORI: "Poiché, come s'è dimostrato, è necessario dare tanto generosamente al bambino, diamogli una visione dell'intero universo. L'universo è una realtà imponente e una risposta a tutti gli interrogativi. Cammineremo insieme per questa strada della vita, perché tutte le cose fanno parte dell'universo e sono connesse fra di loro per formare un tutto unico. Questo concetto aiuta la mente del bambino a fissarsi, a smettere di vagare in una ricerca di conoscenza senza scopo. Egli è soddisfatto perché ha finalmente scoperto il centro universale di se stesso e di tutte le cose".

In margine a questo passo, sempre comparando con ADLER, si può osservare quanto segue:

1) L'interdipendenza fra l'individuo e il cosmo è qui ulteriormente precisata e trova chiare corrispondenze con le tesi sostenute nell'opera adleriana "Conoscenza dell'uomo".

2) Comincia ad affiorare un'impostazione psicopedagogica diretta a sollecitare nel bambino finalismi armonici d'inserimento attivo nell'ambiente, del tutto analoga agli obiettivi pedagogici della Psicologia Individuale.

3) Si legge fra le righe, indirettamente significato, anche il concetto adleriano di "senso della vita" che, per risultare appagante e libero da

eccessivi sentimenti d'inferiorità, deve appunto comprendere l'avvertimento di uno scopo congeniale alla padronanza di un universo sufficientemente conosciuto.

Un altro libro di Maria MONTESSORI rivela, con ADLER, coincidenze analitiche e realizzatrici ancor più marcate, persino nella terminologia. Si tratta di "Educazione per un mondo nuovo" (Garzanti, Milano, 1970).

In esso l'Autrice, parlando dello stadio di sviluppo in cui il bambino cerca d'imparare a camminare, afferma: "... si passa al periodo imitativo, quando il bambino, ormai libero di agire, vorrà fare anche lui le cose che fanno gli adulti... e gli adulti insistono a portarlo in braccio o a metterlo nella carrozzella, sicché il povero piccino può camminare soltanto con la fantasia. Non può camminare: qualcuno lo porta! Non può lavorare: qualcuno fa tutto per lui! Sulle soglie della vita noi adulti gli diamo un *complesso d'inferiorità*".

In questo brano le analogie sono palesi, poiché l'Autrice:

1) presenta il naturale bisogno del bambino di avvicinarsi gradualmente alla superiorità degli adulti, superando il proprio fisiologico sentimento d'inferiorità;

2) denuncia uno dei più frequenti errori educativi, l'iperprotezione, che ostacola lo spontaneo progresso verso l'autonomia;

3) condivide, come conseguenza, il passaggio nella condizione nevrotica del complesso d'inferiorità.

In altre pagine della medesima opera, la MONTESSORI evidenzia differenti ostacoli educativi all'autonomizzazione infantile: "Gli adulti spesso soffrono di difficoltà d'espressione che vanno dall'esitazione e dalla timidezza alla balbuzie e questi difetti hanno origine in quel periodo dell'infanzia in cui i meccanismi del linguaggio si vanno organizzando. Queste regressioni si verificano a causa della sensibilità del bambino: come è sensibile a ciò che lo aiuta a progredire, così è sensibile agli ostacoli che sono troppo forti per lui e tale eccessiva sensibilità resterà in lui per tutta la vita un difetto. Ogni forma di violenza, tanto nel linguaggio che nel gesto, arreca un danno irreparabile al bambino; un'altra deviazione della sensibilità è provocata dallo sforzo, calmo ma determinato, di alcuni adulti che pretendono di reprimere le manifestazioni esteriori dei bambini..."

L'autrice coincide dunque con ADLER nel sottolineare la deviazione pedagogica opposta all'iperprotezione, che paradossalmente incrementa anch'essa il sentimento d'inferiorità, trasformandolo a volte in complesso.

Sempre in "Educazione per un mondo nuovo", per quanto riguarda specificamente il linguaggio, appare una proposta pedagogica creativa, che s'inscrive benissimo nella linea adleriana, diretta ad aiutare autonomizzando, e ne costituisce un valido complemento applicativo.

"...L'insegnante dovrebbe intraprendere quest'opera di esplorazione, cercando di penetrare nella mente del fanciullo, così come lo psicoanalista penetra nella mente dell'adulto. È necessario un interprete del bambino e del suo linguaggio e la mia esperienza in questo campo mi insegna che i fanciulli si affeziono moltissimo al loro interprete, poiché si rendono conto che in lui possono trovare aiuto. Questo affetto è ben diverso dalla superficiale simpatia che i bambini dimostrano a chi li carezza e li vizia; l'interprete è per il bambino una grande speranza, poiché gli apre una porta che il mondo ha chiuso..."

Il nuovo ruolo montessoriano d'interprete pedagogico del linguaggio infantile risulta particolarmente efficace poiché il bisogno di partecipazione emotiva, inquadrabile nel sentimento sociale, trova, con il suo aiuto, modo di esplicarsi con il minimo di frustrazioni emarginanti.

Di grande valore comparativo è pure una pagina dello stesso libro, in cui la MONTESSORI affronta le tecniche di recupero più adatte per i bambini regrediti verso una pigrizia autoprotettiva, capace di censurare ogni interesse e di spingerli a demandare ad altre persone ogni attività.

"...Poiché un bambino di questo tipo non ha amore per l'ambiente e trova difficile affrontare e superare gli ostacoli che si frappongono alla sua conquista, è necessario in primo luogo diminuire gli ostacoli e poi rendere attrattivo l'ambiente. Indi si deve proporre al bambino un'attività piacevole, qualcosa di interessante da fare, che lo inviti ad intraprendere altri esperimenti. Gradualmente si può distogliere il bambino dalla sua torpida pigrizia, portandolo ad interessarsi di qualcosa che desti in lui il desiderio di lavorare, conducendolo dall'inerzia all'attività, da quello stato di paura che spesso si traduce in morbosi attaccamenti, alla gioia della libertà e della conquista della vita".

Il passo merita alcune notazioni di raffronto:

1) Il concetto di regressione è qui tipicamente adleriano e non ancorato alle settorialità libidiche della psicoanalisi. Esso è infatti inteso come un fenomeno globale e finalisticamente impostato in senso autoprotettivo.

2) Il recupero si basa su di un primario incoraggiamento, che riduce gli ostacoli e decondiziona il timore, seguito da un addestramento a compiti di attività, lavoro gratificato dall'interesse e inserimento socia-

le. Non è difficile dunque scorgervi l'intento di stabilire un'armonia fra volontà di potenza e sentimento sociale. I punti di convergenza sino a qui sintetizzati con le esemplificazioni possono valere come premessa per una proposta operativa da collaudarsi e perfezionarsi sul tempo clinicamente.

Come si è detto, l'attenzione all'apprendimento infantile risulta specialmente produttiva nell'ambito del processo psicoterapeutico.

Il bambino che giunge all'analista è quasi sempre traumatizzato da una distorta educazione familiare e da un'erronea impostazione pedagogica, il che comporta un patologico aumento della distanza fra la psiche del bambino e il mondo degli adulti.

In parallelo si osservano quasi costantemente confronti negativi con i coetanei più inseriti, che contribuiscono a incrementare il sentimento di inferiorità. Riconciliare il bambino con le modalità dell'apprendere, avvicinarlo verso una conquista gioiosa, assieme sensoriale, intellettuale e motoria dell'ambiente, inteso nella sua globalità cosmica, può costituire una premessa per un buon recupero. Se l'operazione riesce si ottengono in tal modo risultati polivalenti.

Nell'orientamento qui proposto lo psicoterapeuta infantile può valersi dell'apposito materiale montessoriano. La dotazione necessaria per il programma prende il nome di "Materiale di sviluppo", perché appunto accompagna pedagogicamente lo sviluppo psichico del bambino. La descrizione che seguirà, per ovvie ragioni di sintesi, avrà un ruolo puramente esemplificativo.

I sussidi constano di un sistema di oggetti raggruppati secondo una determinata qualità (colore, dimensione, forma). Il materiale è articolato in gruppi, ciascuno dei quali propone la medesima qualità, ma con diverse gradazioni, che si susseguono in modo regolare. Gli estremi di ogni serie rappresentano il massimo e il minimo delle variazioni contemplate e ne determinano perciò i limiti. L'inizio e il termine di ogni serie comparati esemplificano un forte contrasto. L'isolamento delle qualità nel materiale consente di addestrare il lavoro di analisi, apportatore di ordinate capacità percettive e discriminatorie nella mente infantile.

Da un punto di vista dinamico è di grande importanza rilevare che la metodologia montessoriana addestra ad un autonomo controllo degli errori da parte del bambino. La cosa è resa possibile dai due seguenti fattori pedagogici:

1°) Il processo autocorrettivo si determina senza frustrazioni, perché gli errori non sono collegati al concetto di punizione e quindi di umiliazione, ma inseriti nel progredire spontaneo dell'apprendimento.

2°) L'avvertimento degli errori è tecnicamente reso possibile da una tabella di confronto che il fanciullo controlla di sua iniziativa, il che esclude a sua volta le frustrazioni.

3°) L'autocorrezione giunge a livelli sorprendentemente fini e ciò deriva con naturalezza dal precedente allenamento alla più minuta discriminazione sensoriale.

Il perfezionamento del naturale sviluppo del bambino, che coincide con lo scopo biologico dell'educazione montessoriana, vale come premessa a un successivo scopo sociale, poiché il bambino che ha capacità sensoriali ben esercitate tende a inserirsi con maggior sicurezza nell'ambiente.

Nel trattamento individuale la seconda finalità è affrontata indirettamente attraverso il colloquio e collaudata parzialmente nel legame transferale. Potrebbe essere di grande interesse sperimentale l'abbinamento fra psicoterapia e psicopedagogia montessoriana anche nei trattamenti di gruppo, il che esorbita dall'esperienza di chi scrive.

Con la metodologia proposta si ottengono risultati polivalenti:

1°) Si favorisce l'affiorare di un buon transfert con l'analista, il quale si presenta come compagno e guida nella crescita del bambino.

2°) Si incrementa l'autostima senza esasperarla nell'ipercompetizione e in tal modo si compensa bene il sentimento di inferiorità e si favorisce lo sviluppo del sentimento sociale.

3°) Si addestra il fanciullo all'elaborazione di scelte autonome, che sono una conseguenza della sua uscita dalla prigione autistica, in quanto dirette a un rapporto con l'ambiente.

Per il raggiungimento di tali scopi l'esperienza professionale, per ora introduttiva, di chi scrive, ha posto in rilievo quanto sia utile l'impiego del materiale e della metodologia montessoriani, destinati appunto a favorire il piacere nell'apprendere, a sviluppare la libertà e la sicurezza, a presentare una guida non apprensiva, ma sempre disponibile. È la stessa concezione d'indipendenza insita nel metodo della MONTESSORI ad allontanare da questa operazione i pericoli del pedagogismo psicoterapeutico. Né ADLER, né la MONTESSORI, infatti, possono essere ragionevolmente accusati di iperdirettività, essendo entrambi sostenitori appassionati dell'autonomia dell'individuo, nell'ambito di una società rispettosa di tutte le sue componenti umane.

*N. B. Il testo costituisce il contributo personale dell'autrice alla comunicazione presentata al 1° Congresso Nazionale della S.I.P.I. in collaborazione con Federica Mormando.*

ALBERTO ANGLÉSIO  
SILVIA FARINA

## UTILIZZAZIONE DEL C. A. T. NELLA PRIMA INFANZIA PER L'INDAGINE SULLO STILE DI VITA

L'attività psicodiagnostica propone con una certa frequenza il problema dell'approccio al bambino. Mentre con soggetti adulti un colloquio mirato, utilizzando i modelli proposti da Adler, da Dreikurs, da Mosak e da Shulman, permette di ottenere informazioni sufficienti a delineare lo stile di vita, questo non è possibile con il bambino per i problemi di comprensione, di concettualizzazione, di astrazione e di verbalizzazione che Piaget ha messo in evidenza nella sua opera.

Pertanto si devono seguire altre strade.

L'elaborazione dello stile di vita deriva dalla conoscenza delle esperienze che il soggetto ha del proprio mondo e di sé, come parte di questo. Informazioni in questo senso si possono acquisire nel corso della somministrazione di reattivi quali il Rorschach, il Reattivo di Associazione Verbale ed il Wechsler; ma le informazioni tratte da questi test sono solo casuali. Inoltre l'applicazione del test di Rorschach non è possibile al di sotto di un'età mentale di 5-6 anni, per i problemi di astrazione citati, e le difficoltà di verbalizzazione impediscono l'utilizzazione del Reattivo di Associazione Verbale.

Particolarmente adatte per un approccio ai soggetti in età infantile sono le tecniche ludiche, ma esse richiedono tempi lunghi ed inoltre coinvolgono un numero eccessivo di aspetti e di livelli di comportamento.

Per questo l'interesse si è rivolto al C.A.T. di Bellak, che, allo stesso modo del T.A.T., indica chiaramente il compito che il soggetto deve eseguire, determina l'inizio e la fine di tale compito in modo preciso ed impegna il paziente ad un livello verbale facilmente protocollabile.

Il C.A.T. è particolarmente indicato per soggetti al di sotto degli 8 anni, in quanto propone tavole con raffigurazione di animali, con i quali l'identificazione è più facile a questa età. Tale processo di identificazione può essere spiegato sia dai dati sullo sviluppo dell'intelligenza, illustra-

ti da Piaget, sia dalla considerazione che la culturalizzazione del bambino è attuata per mezzo di favole, nelle quali gli animali vengono sostituiti agli uomini; inoltre il bambino fa anche uso nell'attività ludica di animali, utilizzati come finzione di compagni, con cui è capace di costruire più facilmente delle storie.

Anche il C.A.T., come il T.A.T., fornisce uno spunto da cui partire per esprimere problematiche personali ed aiuta a fornire descrizioni partendo dallo stimolo concreto, costituito dalla figura. Esso pone di fronte a molte situazioni diverse, che favoriscono il soggetto esaminato nel fornire indicazioni su quelle situazioni che vive con pericolo, difficoltà od implicazioni personali importanti. La standardizzazione del test rende possibile un confronto dei dati attendibili.

Il materiale di cui è stato fatto uso è costituito dalle 10 tavole nella loro edizione originale, secondo Bellak, somministrate secondo l'ordine di successione indicato dall'autore.

Sono stati scelti per la prova 10 soggetti di entrambi i sessi in età compresa tra 4 e 7 anni. I bambini sottoposti alla prova rientrano nel novero dei soggetti psichicamente normali.

Alcuni di essi, tuttavia, presentano le seguenti situazioni significative: tra i soggetti di età 4 anni, di sesso femminile, due hanno difficoltà di socializzazione per inibizione, la terza vive in una situazione di tensione familiare che genera malsicurezza; tra i soggetti di 6 anni, di sesso maschile, il primo presenta lievi anomalie di comportamento (instabilità ed ipereccitabilità), il secondo ha una storia personale di malattia temporaneamente invalidante, attualmente regredita, il terzo problemi di rapporto con la figura materna; tra i soggetti di 7 anni e di sesso maschile, infine, uno presenta disturbi psicosomatici, il secondo è figlio di genitori separati.

La presentazione delle tavole è avvenuta in condizioni ambientali non costanti. Questa precisa scelta operativa, che comporta la capacità di flessibilità da parte dell'operatore e limita la validità della standardizzazione, discende dalla determinazione di mettere il soggetto nelle condizioni migliori per evitare il manifestarsi di fenomeni di inibizione nelle risposte. In alcuni casi, ad esempio, la madre era presente nel corso della somministrazione del reattivo; ella veniva precedentemente informata della necessità di non intervenire durante la prova. Tale artificio si è reso necessario, però, solo con soggetti molto piccoli (età 4 anni) che risultavano particolarmente inibiti dall'ambiente sconosciuto dello studio.

Durante la raccolta delle storie i bambini sono stati sollecitati con

domande e si è reso necessario, spesso, un richiamo alla consegna. Particolare cura è stata posta nella dosatura di tali interventi che, secondo le indicazioni di Passi Tognazzo, sono stati connotati in modo da non inquinare le risposte con la fornitura di suggerimenti. Così, alla tavola 2, si è evitato di chiedere chi fosse il padre o la madre, formulando la domanda in modo diretto, per non influenzare la percezione delle tavole successive.

Alla somministrazione del reattivo è preceduto un colloquio con i genitori, finalizzato ad ottenere indicazioni relative al contesto familiare. Questo approccio preliminare permette di formulare eventuali domande chiarificatrici mirate, durante la raccolta delle storie.

La metodologia usata si discosta da quella classica per la mancanza dell'inchiesta al termine della raccolta dei protocolli di tutte le tavole. Questo atteggiamento concorda con quello più volte proposto da Parenti che sottolinea come l'inchiesta tradizionale perda di validità in quanto la percezione della tavola "a posteriori" è spostata rispetto al momento in cui la tavola è stata proposta per la prima volta dalla memorizzazione degli stimoli forniti dalle tavole successive. Per tale motivo eventuali domande vengono proposte al termine di ogni singola storia.

La valutazione delle risposte è orientata teleologicamente ed è volta ad individuare la mèta perseguita nell'elaborazione del racconto.

I dati ottenuti permettono di formulare ipotesi interpretative che rimangono da verificare e delle quali si potrà tenere conto nel corso dell'approfondimento delle problematiche personali.

Elemento essenziale per una corretta valutazione delle risposte è un colloquio con i genitori successivo all'esame, colloquio che permette di operare una distinzione tra proiezioni significative, banalizzazioni per situazione e contaminazione da parte di temi dominanti la comunicazione verbale familiare. Un esempio di contaminazione è fornito da una bambina di 4 anni che presenta il tema ricorrente "ladri che entrano in casa". Tale elemento ha una chiara connotazione fobica, ma viene ridimensionato dai dati forniti dal padre, che riferisce come tale problema venga presentato spesso dalle figure parentali. Questo mantiene la validità dell'ipotesi fobica, in quanto essa viene assunta dal soggetto, ma ne attenua la gravità.

Il colloquio con i genitori permette inoltre di confermare alcune delle ipotesi interpretative e di assumerle per delineare alcuni elementi dello stile di vita.

Particolare cautela è stata posta invece nell'utilizzare altre ipotesi non verificabili. In questo senso il test è limitato, non nei suoi presu-



posti teorici, ma per la strutturazione mentale degli esaminati, strutturazione che rende difficoltosa la verifica delle ipotesi nel corso del colloquio verbale. Tale materiale valido per un approfondimento nel corso di una eventuale psicoterapia ludica, in quanto permette di assumere alcuni elementi come ipotesi di lavoro.

Nonostante questi limiti oggettivi, il materiale ottenuto dai test e dai colloqui fornisce informazioni relative ad alcune problematiche conflittuali ed alle linee di compenso scelte.

L'analisi di tutte le storie raccolte dai 10 soggetti esaminati evidenzia le seguenti tematiche dominanti:

- 1) rapporto con i genitori, modo di porsi in relazione con questi, definizione delle modalità di percezione di tali personaggi;
- 2) rapporto con il mondo esterno ed inserimento sociale;
- 3) linee di compenso scelte;
- 4) indicazione sulle dinamiche familiari e, in particolare, sulla relazione tra i genitori;
- 5) percezione di eventuali altre figure acquisite come dominanti.

Con la valutazione dei dati intratest si selezionano le problematiche conflittuali e di profondità dominanti, confermate dalla ripetitività. Così, ad esempio, un bambino che vive come distante il personaggio della madre, rimuove l'immagine della madre stessa alle tavole 1 e 4, sostituendo ad essa il padre o gli amici. Così un altro soggetto, che si sente spodestato nell'affetto materno dalla nascita della secondogenita, fornisce alla prima tavola una narrazione in cui si punisce per la disobbedienza alla madre con la nascita di femmine, poi, alla tavola 4, rimuove il personaggio del marsupio e si punisce per questo con la "caduta dalla bici".

Le tavole, considerate singolarmente, sono indicative delle seguenti situazioni prevalenti:

- Tavola 1 e 4: rapporto con la figura materna;
- Tavola 2 e 8: dinamiche familiari ed inserimento sociale;
- Tavola 3: rapporto con la figura paterna;
- Tavola 6 e 7: rapporto con il mondo esterno e scelta di linee di compenso;
- Tavola 10: rapporto con la figura più significativa.

Alle tavole 5 e 9 si è registrato un alto numero di risposte scarsamente proiettive: in genere, per queste tavole, vengono fornite semplici descrizioni. Esse si differenziano, però, iconograficamente dalle altre in quanto rappresentano scene domestiche (stanze di abitazione) ed i personaggi sono in secondo piano e mal percepibili. La costanza di

questa osservazione sembra significativa e per essa si possono presentare almeno due ipotesi interpretative. Il soggetto cui viene proposta un'identificazione proiettiva con animali e quindi con elementi di fantasia o di favola si trova all'improvviso di fronte ad uno stimolo qualitativamente diverso. Questo può favorire il manifestarsi di resistenze verso un aggancio al concreto, oppure si può pensare che l'esaminato sia incapace di fornire una prestazione creativamente valida partendo da elementi di realtà.

I dati raccolti mediante il reattivo sono indicativi dello "stile di vita" all'interno del nucleo familiare e, più raramente, dell'inserimento sociale. Questo si può facilmente comprendere se si pensa che per il bambino il modello sociale è rappresentato dalla cerchia ristretta dell'ambito familiare. Ciò non limita tuttavia la significatività delle linee individuate, in quanto è su questo primo modello che si elabora e si collauda lo stile di vita definitivo, per cui la sua individuazione permette di effettuare correzioni precoci, direttamente, con una psicoterapia, o, indirettamente, con un intervento mediato dai genitori.

Gli elaborati raccolti in questa ricerca indicano che gli elementi psicoanalitici classici per cui le tavole sono state costruite emergono raramente. In nessuna delle storie emergono proiezioni a tematica sessuale, problemi orali, senso di colpa per la masturbazione, complesso di castrazione, etc. Inoltre le tematiche hanno scarsa concordanza con quelle citate da Passi-Tognazzo che elabora il reattivo in modo tradizionale.

La frequenza delle risposte banali osservate non è in accordo con i dati forniti da Boulanger e da Mescalchin. Questo non consente, però, di criticare tali elenchi che si basano su un campione di risposte molto più ampio.

D'altro canto sembra importante, nella valutazione della significatività delle risposte, tenere conto dei suddetti elenchi nonché dell'obiettività della situazione proposta dalla tavola. Ad esempio, se alla tavola 7 il soggetto risponde che "la tigre vuol mangiare la scimmia" ed alla tavola 10 che "la mamma sculaccia il cagnolino", le risposte, assunte come tali, non segnalano necessariamente l'esistenza di conflittualità, in quanto le tavole suddette propongono chiaramente tali situazioni come dati di realtà.

Si può pertanto concludere che il C.A.T., come strumento psicodiagnostico per l'acquisizione di dati sullo stile di vita, è particolarmente valido per soggetti in età compresa tra 4 ed 8 anni. Al di sotto di tale età si ottengono risposte scarsamente proiettive per problemi di atten-

zione, di verbalizzazione e di inibizione. Al di sopra degli 8 anni il soggetto assume spesso un atteggiamento critico e di rifiuto verso le situazioni proposte, in quanto giudicate troppo infantili, e tale atteggiamento compare già a livello dei soggetti di 7 anni più evoluti. Inoltre ad 8 anni è possibile somministrare il T.A.T. che propone uno stimolo più valido per ottenere risposte proiettive significative.

#### BIBLIOGRAFIA

- ADLER A., *Il temperamento nervoso*, Astrolabio, Roma, 1971.
- ADLER A., *Cos'è la psicologia individuale*, Newton Compton, Roma, 1976.
- BELLAK L., BELLAK S. S., *Children's apperception test*, C.P.S. Co., New York, 1952.
- BOULANGER-BALLEYGUIER G., *Etude sur le C.A.T.: influence du stimulus sur les récits d'enfants de 3 à 8 ans*, *Rev. de Psych. Appliquée*, 1957, 7, pp. 1-28.
- DREIKURS R., *The psychological interview in medicine*, *Indian J. Psych.*, 1963, April, V, 2, pp. 59-71.
- MESCALCHIN A., *Contributo all'analisi del C.A.T.*, Indagine su 120 bambini dai 6 agli 8 anni. Tesi, Padova, 1973.
- MOSAK H.H., *Life style assessment: a demonstration focused on family constellation*, *J. Individual Psychol.*, 1972, 28, pp. 232-247.
- PARENTI F., PAGANI P.L., *Il reattivo del Rorschach nell'età evolutiva*, Hoepli, Milano, 1976.
- PARENTI F., PAGANI P.L., *Il T.A.T. come reattivo dello stile di vita nell'età evolutiva*, *Riv. Psic. Individ.*, 1975/76, 4-5, pp. 1-23.
- PARENTI F., ROVERA G.G., PAGANI P.L., CASTELLO F., *Dizionario ragionato di psicologia individuale*, Cortina, Milano, 1975.
- PASINI E., *Contributo allo studio dell'edipo adleriano*, *Riv. Psic. Individ.*, 1977, 8, pp. 32-37.
- PASSI TOGNAZZO D., *Metodi e tecniche nella diagnosi della personalità*, Giunti Barbera, Firenze, 1976.
- PETTER G., *Lo sviluppo mentale nelle ricerche di Jean Piaget*, Giunti Barbera, Firenze, 1961.
- PIAGET J., *La rappresentazione del mondo nel fanciullo*, Boringhieri, Torino, 1966.
- RAPAPORT D., *Reattivi psicodiagnostici*, Boringhieri, Torino, 1975.
- SHULMANN B.H., *The family constellation in personality diagnosis*, *J. Individual Psychol.*, 1962, 18, pp. 35-47.

PIER LUIGI TOGLIANI

## IL SUBSTRATO EROICO E COSTRITTIVO NEI TENTATIVI DI SUICIDIO DELL'ADOLESCENZA

Queste brevi note, che si propongono di illustrare alcune motivazioni ai tentativi di suicidio degli adolescenti, richiedono - per essere adeguatamente comprese - una chiarificazione preliminare sul significato e le finalità del suicidio.

Nel pensiero adleriano il suicidio è visto come compensazione, spesso autovalorizzante, rispondente comunque a una finalità intenzionalmente positiva, di affermazione.

Ciò appare chiaramente nei casi in cui un soggetto mira, attraverso la morte, a colpevolizzare o a punire l'ambiente che lo circonda e che egli ritiene responsabile della sua sofferenza.

Ugualmente accade quando un individuo crede di valorizzarsi attraverso questa estrema decisione, che richiede coraggio, e fantastica sulla attenzione e il dolore che gli altri dimostreranno alla sua morte ("Piangeranno tutti!", "Verranno in molti al mio funerale!", "Parleranno di me!", "Sarò importante!", ecc.).

Anche quando il suicidio è da mettere in relazione a una grave malattia o a un grande dolore è possibile scorgere una finalità positiva: la difesa da una insopportabile sofferenza, fisica o morale, la liberazione dall'angoscia, l'affermazione di se stessi sul male, che in tal modo non riesce a vincere.

Per contro, risulta difficile ammettere, e nella pratica ravvisare, una pulsione primariamente autodistruttiva, un'istanza negativa, di morte, che si traduca nell'estrema autoaggressività senza altre implicazioni finalistiche.

Per ciò, a mio avviso, non è possibile accettare il concetto dell'istinto di morte freudiano, né l'interpretazione kleiniana del suicidio come distruzione dell'oggetto d'amore introiettato col quale il soggetto si identifica, né alcun'altra teoria che sostenga la presenza innata e istintuale di una volontà di morte accanto all'esigenza dell'autoconservazione.

Questa premessa sulla interpretazione del *suicidio*, in una comunicazione che ha tema i *tentativi di suicidio*, già è sintomatica della mia riluttanza a considerare come fenomeni sempre e formalmente diversi i cosiddetti tentativi dimostrativi e i tentativi seri di suicidio.

È sì vero che in alcuni casi l'intenzionalità del soggetto e l'obiettivo rischio di lesioni gravi sono tanto lontani dall'eventualità della morte da legittimare il termine di "simulazione" e lo studio del fenomeno come comportamento di tipo diverso dal suicidio. Ma è altrettanto vero che in moltissimi casi il soggetto, pur non potendo prevedere con assoluta certezza le conseguenze del suo comportamento, sa che un possibile risultato è la morte. Questi tentativi, in cui la probabilità letale varia da una sopravvivenza quasi sicura a una morte quasi sicura, indipendentemente dal loro esito, devono a mio avviso essere analizzati e interpretati alla stessa stregua dei suicidi riusciti, e con un interesse ovviamente anche maggiore, visto che non è ancora perduta la vita del soggetto.

Aggiungo inoltre che non è raro assistere a un tentativo dimostrativo le cui conseguenze si rivelino poi letali, andando così oltre le intenzioni del soggetto; come pure, per fortuna, avviene che un tentativo di suicidio, serio nelle intenzioni del protagonista, possa essere neutralizzato o rivelarsi non troppo pericoloso.

Risulta quindi difficile e piuttosto artificioso, oltre che pericoloso sul piano terapeutico, differenziare in modo radicale i tentativi seri da quelli dimostrativi; così come appare superficiale sentenziare sulla serietà del tentativo partendo da una diagnosi caratterologica (personalità isterica, ecc.).

Per quanto riguarda specificamente i tentativi di suicidio nell'adolescenza, sembra possibile individuare *motivazioni tradizionali* e *motivazioni attuali*, espressione delle problematiche tipiche della società e della cultura odierne. Nelle une come nelle altre è sovente possibile scorgere un substrato costrittivo od eroico.

Fra le motivazioni tradizionali forse la più frequente è quella *amorosa*. Si tratta spesso di un rapporto affettivo interrotto o proibito dai genitori; e in tal caso il tentativo di suicidio è diretto a punirli o a costringerli a modificare il loro atteggiamento.

Con egual frequenza la motivazione amorosa finalizza il tentativo di suicidio alla colpevolizzazione del partner che ha voluto interrompere il rapporto o che comunque non corrisponde affettivamente; anche in questo caso è spesso presente l'intento costrittivo, la speranza che il partner - colpito e responsabilizzato dalla gravità dell'accaduto - torni più innamorato e devoto di prima.

Sul piano pratico dei cambiamenti di atteggiamento da parte dell'ambiente, va detto che spesso l'opposizione dei genitori ai desideri sentimentali del figlio cessa di fronte al tentato suicidio; mentre il partner quasi mai recede dalla decisione presa.

La seconda motivazione tradizionale è la *devalorizzazione*, che nell'adolescenza spesso coincide con l'insuccesso scolastico. In questo caso è possibile scorgere nel tentativo di suicidio sia l'intento costrittivo, volto a ottenere maggior indulgenza dai familiari e dagli insegnanti, che il substrato eroico attraverso il quale il soggetto diviene vittima e martire, valorizzandosi di conseguenza.

Talvolta poi la devalorizzazione determina una tale angoscia che il tentativo di suicidio può essere interpretato non tanto come compensazione valorizzante, ma semplicemente come liberazione della sofferenza.

Per quanto riguarda l'insuccesso scolastico ci troviamo oggi di fronte a un apparente paradosso: la scuola attuale è complessivamente più facile di quella di un tempo, eppure i tentativi di suicidio sostenuti da queste motivazioni sono in aumento. Una possibile spiegazione si può forse vedere nel concetto invalso del diritto all'acquisizione di un ruolo nell'ambito della cultura, che rende maggiormente frustranti i vissuti di ingiustizia e di incomprendimento in seno alla scuola.

Fra le motivazioni attuali, un posto rilevante è occupato dalla rivendicazione del diritto a far uso di *droghe*, contro l'impedimento dei genitori. In questi tentativi di suicidio la sottomotivazione costrittiva verso i genitori è spesso evidente e spesso è tristemente produttiva di una modificazione del loro atteggiamento in senso permissivo.

Può anche avvenire che la proibizione dei genitori sia vissuta dal ragazzo come sintomatica di una generale opposizione della società verso le generazioni giovanili: ecco che allora l'adolescente può sentirsi impedito di realizzarsi in quelli che ritiene suoi diritti da una società schiavizzante e maturare un atteggiamento di vittima sofferente ma non flessibile; nei suicidi scaturiti da questo atteggiamento è possibile scorgere un substrato eroico. Ciò ben si capisce se si tiene presente il significato simbolico della droga come mezzo di contestazione e quindi di liberazione.

Un'ultima frequente motivazione, per certi aspetti comprensiva della precedente, va vista nella rivendicazione del giovane a una maggiore *libertà*, concretizzantesi soprattutto nella possibilità di frequentare determinate persone o determinati ambienti, per esempio politici. In questa motivazione, forse più che in ogni altra, coesistono e talora si

fondono il substrato costrittivo verso la famiglia d'origine e quello eroico verso la società. L'adolescente si sente a un tempo prigioniero dei genitori, il cui atteggiamento tende a modificare, e vittima incompresa della società, dai cui pregiudizi si affranca attraverso un comportamento altamente valorizzante: il disprezzo per la morte e il sacrificio della propria vita.

Si potrebbe avanzare qualche riserva sulla coesistenza delle due sottomotivazioni, costrittiva ed eroica, nello stesso tentativo di suicidio: la prima, infatti, presupporrebbe un tentativo prevalentemente dimostrativo, mentre la seconda - quella eroica - dovrebbe tradursi in un tentativo serio. Tali perplessità sono però superabili se si tiene conto del fatto che un tentativo di suicidio, anche se non riuscito, per quanto disapprovato dalla morale comune e dalla religione, suscita in genere simpatia e comprensione e mobilita l'attenzione dell'ambiente attorno al protagonista, finendo per valorizzarlo.

Per concludere, un accenno alla minaccia di suicidio, che costituisce l'elemento più basso della costrittività, ma denota pur sempre l'intento di modificare un atteggiamento dell'ambiente (spesso l'opposizione dei genitori).

Per la prevalenza del substrato costrittivo la minaccia può essere avvicinata al tentativo dimostrativo di suicidio, ma non per ciò dobbiamo considerarla con leggerezza. È importante infatti sfatare il vecchio luogo comune secondo il quale chi minaccia il suicidio non lo commette mai, mentre per contro i tentativi seri di suicidio non sarebbero mai comunicati.

Questo pregiudizio non sembra affatto confermato dalla realtà: studi approfonditi, anche recenti, hanno messo in luce un'alta frequenza di comunicazione di idee di suicidio in soggetti che successivamente si tolgono la vita.

A. BALZANI\*            D. MANGHI\*\*  
A. MASCETTI\*\*\*       E. MANGHI\*\*\*\*

## UN APPROCCIO PSICODINAMICO ALLA RIVALITÀ FRATERNA

### *Introduzione*

È nozione comune che l'uomo generi figli che, se paragonati ai neonati degli altri mammiferi, sono molto indifesi e tra i più bisognosi di protezione, sia per la quantità delle cure necessarie alla loro sopravvivenza che per la lunga durata delle stesse.

È anche noto che la protezione proviene, per i bisogni psicofisici, soprattutto agli inizi della vita, dalla madre e che la protezione va riducendosi idealmente fino al raggiungimento dell'autonomia o capacità di sopravvivenza nell'ambiente senza aiuto. È ben comprensibile pertanto che, per il neonato, le relazioni interpersonali rivestano un'importanza cruciale, in quanto connesse con il successo nell'adattamento, con conseguente sentimento di raggiunta sicurezza.

Il bambino, crescendo, cerca di preservare solo per sé la relazione privilegiata con l'adulto protettivo e tenta di escludere qualsiasi altro, sia lottando contro l' "estraneo", sia attirando a sé l'adulto; questi dinamismi, quando il bambino appartiene ad una fratria più o meno numerosa, fanno sorgere problemi coi genitori, ai quali viene imputato un deficit di protezione od una predilezione per altri, e coi fratelli, che vengono vissuti come rivali nell'ottenere la protezione esclusiva.

Abbiamo indirizzato questa ricerca, dopo alcune esperienze cliniche, a comprovare o meno l'assunto che la rivalità fraterna riconosce, accanto alle inevitabili cause provenienti dalla situazione esistenziale di fratelli rivali, cause provenienti dall'ambiente (prevalentemente genitoriale), in termini di variazioni quantitative e/o qualitative della protezione.

In sintesi l'assunto da dimostrare risulta: la rivalità fraterna è una lotta su vari piani per accaparrarsi una più giovevole relazione, il più spesso con la madre, ed ottenere così una sicura ed ampia protezione.

\* Consulente Psicologa I.M.P.P. G. Corberi, Limbiate (Mi)

\*\* Medico interno Ist. di Clinica Psichiatrica, Università di Milano

\*\*\* Psichiatra, Aiuto O.P. di Varese

\*\*\*\* Neuropsichiatra, Direttore I.M.P.P. G. Corberi, Limbiate (Mi)



## LETTERATURA

Alfred Adler (1935) sostiene che non vi sono due bambini in una famiglia che nascano e crescano nelle stesse condizioni, benché i genitori affermino il contrario.

Paragona la famiglia ad una costellazione, in cui il padre e la madre sono il sole e la luna: i figli sono le stelle differenti, che danno alla costellazione una diversa prospettiva, a seconda del loro "carattere".

Per Adler il rango dinastico è importante: peraltro egli distingue vari "tipi" di bambini, inquadrandoli nelle caratteristiche del suo tempo. Il primogenito, "detronizzato", non si rassegna alla perdita dell'affetto avuto in esclusiva dai genitori e tende ad essere conservatore, in quanto si considera l'unico vero erede e successore del padre. Il secondogenito soffre meno per una nuova nascita ed è più ottimista: spera nel futuro, animato dal costante desiderio di superare il maggiore; se si trova ad essere anche "figlio di mezzo" è invece oppresso dall'insicurezza. Quest'ultima posizione è per Adler la peggiore: non offre vantaggi di sorta. Il "beniamino", che spesso è l'ultimogenito, è un altro tipo ben definito: assicurato dai privilegi affettivi, che nessuno può minacciare, e troppo protetto, non sviluppa un sufficiente senso di responsabilità e si arresta al minimo ostacolo.

Bisogna evidenziare che sul rango dinastico giocano importanti variabili come il sesso, una malattia, soprattutto se congenita, le differenze d'età, variabili che possono alterare se non addirittura capovolgere l'influsso dell'ordine reale di nascita.

La madre è sempre la prima persona su cui si riversa l'amore e, quando un bambino si trova in rapporti critici con gli altri, bisogna esaminare come esso abbia vissuto il dramma della detronizzazione, cioè del mutato rapporto della madre verso di lui.

Non è la situazione familiare in sé, ma il modo in cui viene vissuta che determina il tipo di compensazione, facendo ricorrere a vie traverse per acquistare valore e potenza.

"Ogni tipo di difficoltà (e la gelosia ne è un esempio) costituisce in ogni caso un pericolo per lo sviluppo rettilineo del carattere". Ancora secondo Adler il bambino, per conservare l'affetto parentale, può umiliare il fratello con la sua bontà, può occultare la sua crudeltà, fingendo di proteggerlo, può servirsi anche di altri artifici, ricorrendo a tutto ciò che possa sembrargli utile e renderlo più importante agli occhi di chi lo circonda.

Per Melanie Klein (1956) l'essere figlio unico non protegge dal fenomeno universale della rivalità fraterna. Dall'analisi della piccola Erna la Klein deduce, e quindi generalizza, che l'unicogenito soffre per una paventata gravidanza della madre in misura maggiore degli altri bambini. Ha infatti un sentimento di colpa per le pulsioni aggressive dirette contro questi bambini "non nati" e con i quali non può stabilire un contatto affettivo, confrontando con essi i propri fantasmi sul piano del reale.

Marianne Kris (1957) evidenzia sperimentalmente come la protezione e l'attitudine materna non siano al di fuori di influenze e sottolinea che il neonato stesso evoca reazioni mediante il sesso, il suo aspetto fisico e le somiglianze, il ritmo sonno-veglia, le sensazioni suscitate dalle poppate, le difficoltà di gravidanza e di parto. La Kris sembra pertanto dimostrare che la madre, nella sua azione rassicurante, è guidata dal comportamento del neonato, dalle proprie aspettative e dalle proprie identificazioni proiettive.

Senza raggiungere le conseguenze limite descritte da Spitz, Robertson altri, causate dalla deprivazione materna (ospedalismo, turbe psicotossiche e caratteriali, pseudo-insufficienze mentali) ogni bambino, anche nell'ambito della stessa famiglia, si diversifica molto nelle sue possibilità di contatto affettivo con la madre e la relazione si stabilisce in condizioni dissimili da quelle dei fratelli.

Lebovici (1957) afferma a questo proposito che "il bambino ha un'esistenza fantasmatica nello spirito della madre fin dai primi anni della vita di lei ed assai prima che ella abbia raggiunto la possibilità fisiologica di generare. La sua evoluzione personale modifica per tutto il corso della vita questo rapporto immaginario col futuro figlio e tuttavia lascia ancora spazio per certe reazioni accidentali al momento in cui si troverà di fronte al figlio in carne ed ossa. "La nostra storia è scritta da generazioni: "Ogni famiglia ha i suoi residui fossili che risalgono alle generazioni passate e in larga misura determinano ciò che accade al presente" (Boszormenyi e coll. 1969), affermazione che desta reminiscenze bibliche.

La rivalità fraterna può causare turbe psichiche anche gravi secondo Bollea (1968), che afferma essere il delirio di gelosia un'alterazione dei processi di pensiero precoce e fortemente camuffata, che può portare il bambino a meccanismi reattivi anche gravi. Tali meccanismi vanno dalla regressione, con sintomi come enuresi, suzione del pollice, alla difesa fobica, con protezione del nuovo nato, all'anoressia precoce e perfino alla chiusura autistica o psicotica.

Winnicott (1971) non tratta in modo sistematico il problema della rivalità. La considera un dato di fatto che rende aggressivo il fratello maggiore all'arrivo del nuovo nato, tanto da desiderarne la morte per avere ancora la madre tutta per sé. (È interessante ricordare a questo proposito come Freud stesso abbia appreso direttamente quanto possa essere forte la gelosia di un bambino. In una lettera a Fliess del 1897 confessa infatti ciò che augurava al suo rivale e come l'effettiva morte del fratellino avesse fatto sorgere in lui molti rimorsi ed una tendenza alla colpevolezza poi rimasta).

Sempre Winnicott, parlando dei gemelli, accenna alla loro particolare situazione di rivalità in quanto non hanno mai avuto, nemmeno per pochi mesi, una madre esclusivamente loro e questo sembra complicare la maturazione affettiva.

Paulette Cahan (1962) espone i risultati e le conclusioni di una sua ricerca svolta col metodo dell'osservazione longitudinale, durata circa sei anni, di cinque fratri comprendenti anche tre coppie gemellari.

Importante per l'elaborazione della gelosia fraterna è l'atteggiamento della madre che, se legata simbioticamente al figlio maggiore, privato perciò di autonomia e di individualità, suscita in lui, con la comparsa del nuovo nato, uno stato di frustrazione molto intenso.

Il comportamento della madre, cioè la sua funzione protettiva, è conseguenza diretta sia della felicità avuta da piccola che dei rapporti, più o meno buoni, che intrattiene col compagno. La funzione protettiva materna è inoltre influenzata dall'ordine di nascita del bambino, dal sesso e dal suo stato di salute e pertanto è anche guidata dal neonato stesso.

La madre può essere paragonata al "capo autocratico" che, secondo Lewin e collaboratori (1939), stimola competizioni ed aggressività nei gruppi che dirige. Per questa Autrice la gelosia si manifesta con più forza nelle fratri di due bambini e, come per altri Autori, le reazioni alla frustrazione inferta dalla gelosia assumono aspetti differenti.

L'aggressione, per la Cahan, è la reazione più normale: aggressione al nuovo nato, alla madre, a tutti e due; talvolta, in caso di sesso diverso, l'odio si può tramutare in disprezzo per tutto ciò che è femminile o maschile.

Spesso il bambino dissimula con un'attitudine protettiva la frustrazione: assume il ruolo materno, comportandosi benevolmente con un fratellino, aggressivamente con un altro, se vi sono più bambini, ed il rimosso si manifesta simbolicamente nei giochi. Tipico, ad esempio, quello dell'ospedale, dove gli ammalati, in procinto di morire, sono i

personaggi che danno al bambino la sofferenza maggiore. Molti bambini reagiscono invece con la regressione, che si manifesta con fenomeni quali: aumento della suzione del pollice, "capricci", enuresi, anoressia. La regressione è un evento importante in quanto traduce la negazione di una funzione già acquisita. Un ultimo mezzo, nelle fratrie numerose, per vincere la frustrazione relativa alla rivalità, consiste nell'alleanza di più bambini che dirigono insieme l'aggressività contro i genitori od anche contro persone al di fuori del nucleo familiare: questo accade sovente nelle coppie gemellari.

Il rapporto gemellare rappresenta in una fratria un elemento di disturbo, in quanto spesso i gemelli, complementari tra loro come atteggiamento, si contrappongono agli altri bambini, che diventano vittime della loro aggressione solidale.

Per la Cahan, come per Adler, la posizione di bambino di mezzo è quella più sfavorevole, anche se in una delle fratrie osservate la "bambina di mezzo" non capitola, ma reagisce. Secondo l'Autrice questo dimostra l'importanza del "fattore individuale" e del "ruolo della personalità"; secondo noi invece intervengono altre variabili, tra cui il fatto che la bambina sia l'unica rappresentante del sesso femminile, il che è significativo di una probabile predilezione-supporto dei genitori.

L. Corman (1970) asserisce che i figli maggiori sono i più coinvolti nella rivalità e che neppure i figli unici ne sono esenti, concordando in ciò con la Klein. Sintomi connessi a questa sofferenza sono: enuresi, terrori notturni, tristezza.

Secondo questo Autore l'Io elabora, nei confronti della rivalità, una serie di compromessi, destinati a saziare il bisogno aggressivo, senza la paura di rappresaglie da parte della realtà esterna, cioè dei genitori. Quando l'Io, entrando in conflitto col Sé, riesce ad inibire le pulsioni ed a sublimarle, la rivalità diviene - e sono i casi ben risolti - leale competizione tra fratelli; l'amore e l'odio si temperano a vicenda ed il bambino si abitua a tollerare le frustrazioni, acquisendo un maggior senso di realtà.

Molto spesso l'aggressività assume forme camuffate, cioè può divenire spostamento, rimozione, rivolgimento contro il Sé, regressione, identificazione col rivale, ripiegamento narcisistico.

Nello spostamento l'oggetto dell'aggressività viene scelto tanto più lontano quanto più forte è il divieto, in modo da correre il minor pericolo di sanzioni. Nella rimozione le pulsioni forti, poiché suscitano nell'Io angoscia intensa, vengono eliminate del tutto ed il soggetto, che resta colpito nella sua dinamica vitale, rinuncia alla competizione e sviluppa delle formazioni reattive: l'aggressività è trasformata in amore e talvolta

un carattere reattivo può sostituire completamente il carattere naturale del bambino. Abbiamo così bambini inibiti, con nevrosi di carattere, troppo ordinati e puliti; con nevrosi d'angoscia, terrorizzati all'idea che accada qualcosa a genitori e fratelli. Corman aggiunge ancora che, allorquando si verifica che l'azione censurante del Super Io infligga all'Io ciò che si sarebbe voluto fare al rivale, i bambini diventano infelici, con atteggiamenti masochistici, e mostrano compiacimento per la posizione d'inferiorità e colpevolezza. Meccanismo frequente è la difesa mediante regressione, che si attua più facilmente allorché si sono conservati dei punti di fissazione particolarmente gratificanti. L'identificazione col rivale aggressore è invece usata dai fratelli minori o di sesso diverso, nell'intento essere più forti di quanto si sia in realtà ed anche di usufruire dei vantaggi dell'altro. Un ultimo meccanismo è costituito dal ripiegamento narcisistico, con conseguente isolamento del mondo, analogamente a quanto sostenuto da Bollea.

Secondo Corman il fatto che l'Io scelga l'uno o l'altro di questi meccanismi di difesa dipende dalle seguenti variabili: età del bambino (cronologica e di maturazione affettiva), temperamento, ambiente educativo, genitori e posizione nella fratria; è più probabile che la nevrosi si impianti quando il bambino sta passando da una fase all'altra dello sviluppo affettivo oppure è sottoposto alle tempeste emotive del periodo edipico. L'Autore conclude sottolineando come nella rivalità fraterna coesistano due aspetti: desiderio di aggressione, ma contemporaneamente desiderio di unione col rivale.

Per Dreikurs (1975) la tensione competitiva è maggiore tra il primo ed il secondo figlio, ed i genitori, spesso inconsapevoli dei veri motivi che determinano le differenze dei figli, finiscono per accentuarle. Lo sviluppo del bambino è condizionato dal rapporto coi fratelli: il successo dell'uno è spesso raggiunto a spese dell'altro e ciò che ci sembra inevitabile è che i genitori non fanno che confermare uno status già stabilito da loro stessi.

Tuttavia "anche chi sembra uscire vittorioso dalla lotta di competizione ne porta in genere le cicatrici". (Dreikurs distingue tra rivalità e competizione: intende la prima come una contesa per accaparrarsi vantaggi e gratificazioni, la seconda come lotta in cui ogni bambino cerca di affermare la sua superiorità sull'altro. Naturalmente spesso i due fenomeni coesistono).

Nelly Stahel, al Congresso Internazionale di Psicologia Individuale a Monaco di Baviera (1976), ha asserito che in una percentuale molto alta, cioè nell'80% di bambini ed adolescenti giunti a lei per disturbi

vari, le motivazioni potevano essere ricondotte ad una forte rivalità fraterna, ovverossia a problemi di gelosia per mantenere o ottenere il maggiore affetto dei genitori: la Stahel sostiene che questo fenomeno non si può prevenire, ma solo curare.

## CASISTICA E METODI

Il presente studio è stato limitato a 40 soggetti in età evolutiva (tra i 5 ed i 14 anni) che avevano chiesto una consulenza psichiatrica all'Ambulatorio del nostro Istituto. I soggetti sono venuti all'Ambulatorio per qualcuno dei sottolineati disturbi o per una continuazione di essi: anomalie della condotta (ipercinesia, irrequietezza, pavor nocturnus, irascibilità, violenza e simili), disturbi dell'efficienza intellettiva (con Q.I. normale, superiore o border-line), turbe psichiche come depressione, isolamento, fobie, alterazioni del pensiero (di tipo persecutorio).

Tutti i soggetti sono stati sottoposti ad indagine medica, neurologica, psicologica ed a tutti sono stati somministrati tests di livello intellettuale e tests proiettivi. Una o più interviste coi parenti sono state eseguite in tutti i casi.

A tutti i soggetti si è applicato un questionario strutturato in 16 voci, con cui si sono raccolti dati per uno studio statistico circa le dimensioni del fenomeno della rivalità fraterna e per un confronto con altri fattori concernenti la famiglia.

Partendo dal presupposto che tale rivalità - in quanto esistente-poteva costituire un elemento di un fenomeno di più ampia portata, ma più nascosto, le voci prese in considerazione avevano lo scopo di aiutarci ad individuare la presenza e le dimensioni di tale fenomeno ed anche di sintetizzare elementi del comportamento familiare e del bambino.

Per il primo tipo di analisi sono state misurate:

- l'ordine di genitura
- la carenza di uno od entrambi i genitori per motivi di lavoro
- l'ingerenza educativa, cioè la presenza attiva nel processo educativo di altri familiari, oltre ai genitori
- l'attitudine rigida o permissiva dei genitori
- i reciproci rapporti parentali
- i rapporti di ostilità o predilezione verso il figlio in esame
- l'esistenza di problemi psicologici e affettivi nei fratelli e nei genitori.

I suddetti fattori sono stati messi a confronto con i tests utilizzati, da cui è stata desunta l'entità della gelosia, e cioè il Family Test ed il C.A.T..

Questa serie di analisi ha consentito di raffrontare il problema secondo una decina di parametri e secondo una cinquantina di variabili.

Il secondo tipo di analisi, che è servito per individuare aree di comportamento del bambino e della famiglia, ha preso in considerazione i seguenti elementi:

- i motivi della consultazione
- l'insorgenza di sintomi nel bambino
- il tipo di gravidanza
- il tipo di parto
- l'esistenza o meno di una gravidanza consapevole ed accettata
- lo sviluppo psicomotorio
- la scolarità
- il quoziente di intelligenza
- l'oggetto della rivalità.

A corredo di questi dati sono state anche prese in considerazione le comuni varianti anagrafiche (sesso, età) per dare parametri di riferimento anche in questo senso ai dati analizzati.

Da un punto di vista metodologico, per misurare le correlazioni, si è preferito ricorrere all'indice  $\rho$ , che trae la sua origine da una applicazione dell'indice  $\rho$  di Fisher per analisi sui piccoli campioni.

Tale indice opera nel senso di misurare variabili dicotomiche e non richiede né di assumere come normale l'andamento delle distribuzioni esaminate né di considerare la distribuzione ricavata sperimentalmente come correlabile con un'ipotetica distribuzione normale dell'universo.

Si è preferito quindi evitare gli indici basati prevalentemente sull'ipotesi di distribuzioni normali per vari motivi: primo che non è dimostrato che nell'universo i tipi analizzati si distribuiscono in modo normale (infatti, per esempio, il costume socio-economico porta a considerare "naturale" la carenza del padre per un lungo periodo della giornata del bambino e a non considerarla una variabile casualmente distribuita), secondo, che nella nostra analisi alcune variabili non sono quantitativamente considerabili come un continuo o come equidistanti tra loro; infine non si è ritenuto di poter parlare di "normalità", vista non tanto la presenza di disturbi psichici (o presunti tali), quanto la possibilità di accedere ad una visita psico-diagnostica, il cui ricorso crea comunque una selezione (economica, culturale, psicologica) che non può essere considerata casuale.

Tenendo conto inoltre che questi indici di correlazione tendono a penalizzare in modo sensibile le valutazioni sui piccoli campioni e che, d'altra arte, misurano delle concomitanze di eventi, senza indicare le cause del verificarsi di questi eventi, si è deciso di prendere in considerazione quegli indici che potevano essere significativi sulla base del 95 o più % nella tabella del  $X^2$ , con cui il  $\rho$  è in corrispondenza. (1)

## RISULTATI

Durante la nostra indagine clinica abbiamo trovato che la sintomatologia riferita dai parenti, e quasi sempre obbiettivamente presente, era collegata ad una rivalità fraterna o "gelosia", come spesso la definivano i genitori, e che il soggetto per il quale si chiedeva la consultazione rappresentava il figlio soccombente nella rivalità fraterna stessa. Il membro designato come malato era in realtà la vittima maggiore della tensione all'interno della famiglia, cioè la rivalità fraterna appariva come un'espressione o soluzione di problematiche familiari generali.

Per rivalità fraterna noi intendiamo una condizione ormai irrigidita, inflessibile, di conflitto tra due fratelli, che si trovano competitivamente a perseguire gli stessi fini, danneggiandosi vicendevolmente in un ambiente che è favorevole all'uno piuttosto che all'altro.

Raramente è stata compresa dai parenti una connessione tra l'anomalia comportamentale e la rivalità e l'inchiesta, diretta a chiarire la presenza di predilezioni, ha sempre ricevuto una risposta negativa. "Noi vogliamo bene a tutti allo stesso modo. Non è che li trattiamo in modo diverso l'uno dall'altro. Per noi tutti i figli sono uguali".

Verso il figlio soccombente, portato a consultazione, si è notata spesso un'attitudine accusatoria o una certa irritazione: "È nervoso, irascibile, disobbediente, picchia il fratello, piange per niente, sta sempre in casa, non ha amici..." mentre per il rivale (vincitore) veniva espressa una opinione di approvazione come: "L'altro è invece tutto l'opposto, sempre allegro, parla, non è chiuso come questo ("il malato"); non si possono paragonare...".

Qualunque sia l'età del soggetto, la tendenza ad ottenere e mantenere il maggiore affetto possibile dai genitori è posta in crisi sia dalla presenza del nuovo nato sia dal fatto che i genitori annuncino la prossimità della nascita.

---

(1) Ringraziamo il Dott. Michele Kortas per la gentile consulenza statistica



I soggetti più giovani manifestano la loro opposizione all'evento con frasi che denotano chiaramente il loro turbamento affettivo nel senso di aggressività e disperazione: "Io non voglio il fratellino. Io lo getto nella spazzatura. Non c'è posto per lui in questa casa. Lo mettiamo nell'armadio? Quando viene la sua mamma a riprenderlo?"

Le emozioni e le passioni sembrano manifestarsi tanto più distruttivamente quanto più il rapporto con la madre è stato esclusivo e minore è l'età del bambino, perché la tolleranza alle frustrazioni è minore ed il controllo delle pulsioni aggressive è ridotto: il bambino reagisce ancora secondo lo schema del processo primario.

L'attitudine parentale è determinata dalla storia affettiva personale (specie della madre) e da eventi simili avvenuti nella vita dei genitori, che si ripetono nella famiglia attuale, oltre che da problemi evolutivi non risolti.

La rivalità dipende in complesso dalla attitudine parentale, che si inserisce su di una situazione di conflitto ineliminabile, in cui è in gioco, obbiettivamente o fantasmaticamente, la sopravvivenza: d'altra parte non può essere altrimenti perché sappiamo che il bambino dipende, per la sua crescita, dall'ambiente.

Nella rivalità noi distinguiamo due figure antagoniste, o più di due nella stessa fratria: la figura del vincitore e la figura del soccombente.

Le loro manifestazioni comportamentali sono molto diverse e si svolgono sia sul piano conscio che su quello inconscio.

Il vincitore, sul piano del reale, è un soggetto in molti casi sicuro di sé, di buon umore, ben socializzato, con rapporti più che soddisfacenti coi genitori, da cui si sente appoggiato, in particolare dalla madre; si sente superiore al fratello, di cui svaluta le imprese e tenta di farlo sottostare alla sua volontà di potenza con un rapporto padrone-servo.

Inconsciamente è ansioso per le iniziative del fratello e ne teme sia la ribellione che i tentativi di indipendenza: è in stato di preallarme, per i cambiamenti che si possono verificare in famiglia, in quanto non possono essere che a suo svantaggio.

Il soccombente invece sul piano del reale è chiuso, triste, talvolta disperato, irascibile, come se non potesse tollerare la minima frustrazione, in quanto vivrebbe ogni piccola rinuncia come perdita dell'ultimo possesso; è talora depresso, ipercinetico, instabile, ma l'apprendimento è sovente normale e può essere riscontrata una condotta migliore a scuola più che a casa. Ha un atteggiamento compensatorio regressivo, con cui cerca di recuperare fantasmaticamente l'affetto materno o l'interesse ambientale (per esempio suzione del pollice, enuresi ecc. ecc.)

## DATI OTTENUTI DAL QUESTIONARIO

Dalla nostra casistica di 40 soggetti, in cui il malessere psicologico poteva essere attribuito anche ad una rivalità fraterna, sono emersi i seguenti spetti:

### *Molto significativi:*

1. Il rapporto improntato ad ostilità della madre verso il figlio soccombente.
2. L'ostilità materna correlata ad una gravidanza non programmata e non accettata.

### *Significativi:*

1. L'ingerenza educativa di persone esterne alla coppia parentale.
2. L'attitudine permissiva del padre nonché la contemporanea attitudine rigida della madre.
3. La presenza di problematiche irrisolte nella madre.

### *Non significativi:*

1. La carenza di uno o entrambi i genitori per motivi di lavoro.
  2. L'ordine di genitura.
- È stata inoltre correlata l'ingerenza educativa col tipo di disturbo del ragazzo e si è evidenziata un'alta significatività tra ingerenza educativa e comparsa di caratteropatia.

## DISCUSSIONE

I nostri dati non aggiungono molto a ciò che era già noto circa la fenomenologia della rivalità fraterna; tuttavia una chiara puntualizzazione tra lo stile di vita del fratello vincitore (o vincente) e quello del fratello soccombente nella rivalità, ci pare sia stata opportuna. È stato così possibile esaminare la psicodinamica di entrambe le posizioni.

Da una parte la psicologia è centrata sul dolore, il cordoglio e l'abbandono, con la sintomatologia corrispondente; dall'altra sulla sicurezza esistenziale, sull'autostima aumentata, quasi maniacale, sulla perdita dei limiti, sul conservare lo statu quo e sull'angoscia del mutamento.

Il ruolo dinastico, cioè l'ordine di genitura, ed il sesso non sono rigidamente determinanti, a causa del mutato contesto storico-

economico: sono determinanti solo in relazione alle aspettative parentali, soprattutto materne, che si sono formate nell'infanzia dei genitori stessi e che perciò dipendono dalle generazioni ancora precedenti. In questo senso siamo d'accordo con Lebovici e Boszormenyi-Nagy.

Anche se il primogenito soffre più degli altri per la detronizzazione, come è stato evidenziato da Adler e da altri Autori, tuttavia, con una certa frequenza, riesce ad essere il vincente od uno dei vincenti nella lotta tra i fratelli rivali.

Sono state inoltre messe in luce le interconnessioni tra la rivalità e le differenze di protezione parentale. Il nostro assunto principale è stato dunque provato ed è in accordo con alcuni A.A., come Paulette Cahan, che ha intravisto la stessa causa della rivalità.

Non è tanto l'angoscia, causata da un concorrente all'amore materno e ambientale, quanto la diversa distribuzione di protezione che provoca o intrattiene la rivalità fraterna.

Vorremmo inoltre sottolineare che il figlio soccombente nella rivalità è risultato essere quello nato da una gravidanza non programmata e non accettata, a conferma di quanto H.S. Sullivan nel 1946 aveva scritto. Il destino del soccombente si delinea pertanto prima della nascita. In termini di prevenzione significa sottoporre a sostegno psicologico la madre fin dall'inizio della gravidanza.

Ancora l'influenza esercitata da persone esterne alla famiglia sul conflitto fraterno è ben comprensibile, poiché tali persone (per lo più congiunti della generazione precedente) costituiscono delle figure parentali supplementari, spesso cariche di aspettative e di problemi non risolti.

Infine la caratteropatìa, che è statisticamente correlata con alta significatività alla presenza di queste figure parentali supplementari, è da interpretarsi come una patologia del fratello vincente, poiché i confini posti dalle norme sono rilassati e le norme stese possono essere presentate in maniera diversa, confusa, magari contraddittoria, in modo tale da generare situazioni abnormi.

## CONCLUSIONI E RIASSUNTO

La rivalità fraterna è un fenomeno ineliminabile avente lo scopo di assicurarsi la sopravvivenza nella competizione tra due o più fratelli e parte dall'assunto inconscio che solo uno potrà salvarsi.

La minaccia alla vita è qualcosa di largamente fantasmatico e apparentemente non riguarda gli aspetti fisici della sopravvivenza. Concerne invece tra gli altri fattori: l'accettazione e l'approvazione dell'ambiente, cioè dei genitori, la costruzione di una sufficiente auto-stima ed il raggiungimento di alcuni successi di fronte agli altri.

Ci sono fratelli vincenti e fratelli soccombenti. La patologia inizia per lo più quando la posizione nel conflitto dei fratelli diviene fissa, rigida, cioè il conflitto ha o tende ad avere la stessa soluzione. D'altra parte l'ambiente familiare è più favorevole ad un fratello-figlio piuttosto che all'altro ed ambedue i genitori tendono ad assumere lo stesso atteggiamento in molte situazioni.

Sono state descritte le caratteristiche psicodinamiche della personalità del vincitore e del soccombente. La rivalità può diventare dannosa per tutti coloro che ne sono coinvolti per quanto riguarda: sviluppo psicologico oppure fissazione o comportamento regressivo, autonomia e, al contrario, dipendenza, socializzazione ed intraprendenza oppure isolamento all'interno della famiglia.

Speciale enfasi è stata attribuita all'attitudine e al sostegno dei genitori, che sono la vera mèta e la causa della rivalità. I genitori possono prolungare il conflitto e determinarne i risultati. D'altra parte l'attitudine parentale dipende dalla storia personale della madre e del padre: probabilmente è possibile in questo modo andare indietro per molte generazioni.

Uno studio statistico di 40 casi ha mostrato che:

1. Il figlio soccombente è molto spesso la vittima dell'ostilità materna ed è nato da una gravidanza non desiderata.

2. La rivalità fraterna è positivamente correlata con l'intrusione affettiva ed educativa di una terza persona nella coppia parentale; l'intrusione di una terza persona è frequentemente connessa con i tratti psicopatici della personalità come sintomo della rivalità fraterna.

3. Una correlazione positiva è stata trovata anche con l'attitudine permissiva del padre e l'attitudine rigida della madre e con i sintomi nevrotici della madre.

4. L'ordine di genitura non ha dato alcun segno certo di correlazione positiva.

## BIBLIOGRAFIA

- ADLER A., *Il temperamento nervoso*, Newton Compton, Roma, 1971.
- ADLER A., *Psicologia Individuale e conoscenza dell'uomo*, Newton Compton, Roma, 1975.
- BOLLEA G. e MAYER R., *Il delirio nell'età evolutiva-Atti del Congresso di Neuropsichiatria fantile*, Vol. I, Milano, 1968.
- BOSZORMENYI-NAGY-FRAMO, *Psicoterapia intensiva della famiglia*, Boringhieri, Torino, 1969.
- CAHAN P., *La relation fraternelle chez l'enfant*, Presses Universitaires de France, Paris, 1962.
- CORMAN L., *Psicopatologia della rivalità fraterna*, Astrolabio, Roma, 1972.
- DREIKURS R., *Psicologia in classe*, Giunti-Barbera, Firenze, 1967.
- DREIKURS-DINKMEYER, *Il processo di incoraggiamento*, Giunti-Barbera, Firenze, 1974.
- DREIKURS R., *Psychodynamica, psychotëräpy and counseling*, Oregon Press, Oregon, 1963.
- DÜHRSEN A., *Psicoterapia dei bambini e degli adolescenti*, Armando, Roma, 1973.
- FREUD S., *Psicoanalisi infantile*, Boringhieri, Torino, 1968.
- FREUD A., *L'Io e i meccanismi di difesa*, Martinelli, Firenze, 1967.
- KLEIN M., *Invidia e gratitudine*, Martinelli, Firenze, 1969.
- KLEIN M., *La psicoanalisi dei bambini*, Martinelli, Firenze, 1969.
- KRIS M., *The use of prediction in a longitudinal study*, P.A.S. of the Child, Vol. 12, 1957.
- LEBOVICI-SOULE, *La conoscenza del bambino e la psicoanalisi*, Feltrinelli, Milano, 1972.
- PARENTI F., *Manuale di psicoterapia su base Adleriana*, Hoepli, Milano, 1970.
- PARENTI F., *Dizionario ragionato di Psicologia Individuale*, Cortina, Milano, 1975.
- REDL-WINEMAN, *Bambini che odiano*, Vol. I, II, Boringhieri, Torino, 1975.
- SCHAFFER H., *La psychologie d'Adler*, Masson, Paris, 1976.
- SPITZ R. A., *Il primo anno di vita del bambino*, Giunti-Barbera, Firenze, 1962.
- SULLIVAN H. S., *Teoria interpersonale della psichiatria*, Feltrinelli, Milano, 1962.
- STAHEL N., *Das Erkennen seelischer Störungen aus der Zeichnung*, Rentsch Verlag-Erlenbach-Zurigo, 1973.
- WINNICOT D. W., *La famiglia e lo sviluppo dell'individuo*, Armando, Roma, 1970.
- WOLMANN B., *Manuale di psicoanalisi infantile*, vol. I, II, III, Astrolabio, Roma, 1975.
- WAY LEWIS, *Introduzione ad Alfred Adler*, Giunti-Barbera, Firenze, 1969.

ENZO PRUNELLI

## IL VISSUTO DI ATTIVITÀ SPORTIVE DI GRUPPO COME TEMA PSICOTERAPEUTICO NELL'ADOLESCENZA

L'indagine è stata condotta su un gruppo di adolescenti di 17 anni, al penultimo anno di formazione tecnica, appartenenti ad una società professionista del settore calcio.

La scelta del campo di indagine, motivata dalla carenza di ricerche nonostante la diffusione e l'importanza sociale come mezzo di compensazione di inferiorità per il praticante e lo spettatore, dove l'esplicazione della volontà di potenza è vincolata da regole codificate di lealtà e cooperazione e può essere distolta da modelli comportamentali autodistruttivi o antisociali, si propone, attraverso l'individualizzazione di modi psicologici e comportamentali indotti dalla struttura e dalla cultura dell'ambiente:

I° - lo studio dell'influenza sulla maturazione di una prospettiva di affermazione trasmessa verso la fine del periodo infantile e vissuta prima come fonte di eccessiva gratificazione a livello fantastico e, attraverso successive selezioni, concretizzata come scelta professionale ancora ipotetica con alti livelli di ansia per la possibile esclusione e sentimenti acritici di onnipotenza ad ogni passaggio di categoria;

II° - l'analisi dell'ambiente socioculturale fortemente standardizzato su livelli conformisti ipercompetitivi in cui il professionista del calcio si forma e trae le ragioni del suo ruolo;

III° - la valutazione del possibile danno derivato dalla scelta di un modello che tende ad esclusivizzare gli interessi per appagamento o induzione di inadeguatezza verso gli altri ruoli facilmente accessibili e più gratificanti la capacità intellettuale;

IV° - l'individuazione delle modalità e possibilità di intervento formativo e riparativo per lo sviluppo più armonico della personalità individuale e l'utilizzo ottimale delle risorse tecniche attraverso il riequilibrio delle intermittenze ed escursioni emotive indotte dalla precarietà della linea fittizia autoaffermativa e l'incremento del sentimento sociale contro l'isolamento difensivo e i tentativi di valorizzazione aggressiva.

L'ambiente in cui si forma ed opera il professionista del calcio segue e soddisfa, per la possibilità di offrire modelli indentificatori, le aspirazioni culturali tendenti all'autovalorizzazione intesa nella direzione convenzionale del prestigio, dove la carenza di valori etici e di morale sociale privilegia l'aggressività per il conseguimento egocentrico del successo e l'esaltazione dell'ideale di personalità; i parametri di giudizio sono infatti ancorati al conseguimento dell'obbiettivo anche contro le istanze del sentimento sociale. L'antinomia maschio-femmina, a differenza di altri settori come l'atletica dove le vie di affermazione sono più aperte, preclude alla donna l'accesso alle gratificazioni della professione e ai quadri dirigenziali e il suo interesse come tifosa e partecipante all'ambiente si presta ad essere interpretato nel senso della protesta virile come imitazione dell'aggressività maschile o utilizzazione di linee seduttive femminili che trovano risposta naturale nel bisogno di valorizzazione esibizionistica dell'ambiente. Si può parlare di rigido ossequio al conformismo, quindi, da parte dei beneficiari della professione lungo linee standardizzate trasmesse culturalmente nella prima infanzia e non più modificate, anzi accentuate dal modello comportamentale richiesto ad orientamento monotematico e di un conformismo indotto nel tifoso, che tenta di imitarne gli atteggiamenti e, quando è possibile per prestigio socio-economico o culturale, tende per ambivalenza al ribaltamento dei ruoli.

L'esame a questo livello di maturazione consente ipotesi interpretative circa le modalità di evoluzione, che presentano caratteristiche atipiche per la dotazione specifica. L'abilità nel gioco, soprattutto per il bambino preparato a rapporti interpersonali armonici, compensa positivamente il naturale sentimento di inferiorità ed eventuali inferiorità settoriali nel confronto gratificante col coetaneo e per l'approvazione orgogliosa della famiglia che propone modelli indentificatori meno severi; al momento dell'accettazione nell'ambiente professionistico si verifica abitualmente un improvviso aumento della distanza, che precedentemente si poteva attuare a livello fantastico nei sogni ad occhi aperti, nei confronti dei coetanei, e l'attivazione di una finzione, solo ipoteticamente realizzabile ma vissuta come certa, di autoaffermazione onnipotente. La finzione, in questo caso, sembra originarsi non tanto da sentimenti di inferiorità preesistenti, che vengono compensati o censurati, quanto dall'incremento dell'autostima che induce alla sostituzione dei modelli di identificazione precedenti ritenuti non più adeguati con altri più soddisfacenti il sentimento di predestinazione e meno esigenti nella richiesta di impegno in settori non collaudati.

Il confronto con i nuovi compagni nel gioco diventato scelta professionale, la rinuncia ai privilegi accessibili ai coetanei vissuta come limitazione della libertà, l'adeguamento a regole e attività standardizzate senza appagamento totale e l'ansia per la possibile esclusione portano ad un ridimensionamento che origina nuovi sentimenti di inadeguatezza e di inferiorità, causa di un rafforzamento della finzione sul versante dell'ostilità. Il bisogno di sicurezza inevaso per l'impostazione professionale del rapporto e il rifiuto della protezione devirilizzante della famiglia danno corpo a compensazioni di rivalsa non esteriorizzabili per la posizione di precarietà e ad isolamenti emotivi nei confronti degli stessi compagni di gruppo, anche per la scarsa gamma di sintomi compatibili con l'immagine di vigore ed equilibrio mentale richiesti.

Verso il termine del periodo di formazione i problemi e i conflitti tipici dell'adolescenza assumono caratteristiche e trovano soluzioni diverse per una serie di motivi in parte rassicuranti, che vanno dalla riduzione della distanza da un modello ben definito che permette di incanalare i bisogni autoaffermativi lungo le linee più sicure del conformismo e dalla conferma della garanzia ad un grado di carriera comunque soddisfacente per l'accesso occasionale alle gratificazioni reali della professione, e consentono un collaudo con i modelli ambiti anche se non sicuramente accessibili al ridimensionamento delle aspirazioni nel confronto diretto con coetanei in via di affermazione e al prevalere di timori di inadeguatezza e di cause accidentali avverse piuttosto che di una generale vulnerabilità e di sentimenti ostili per la mancata valorizzazione delle capacità creative. L'apparente equilibrio emotivo non origina però dall'espressione delle istanze di una personalità armoniosa: il processo di maturazione procede infatti in modo disarmonico, venendo ad essere privilegiato il settore somatico e dell'abilità specifica, con scarsa incidenza su quelli psichico, mentale e dell'integrazione sociale. La creatività, intesa come capacità di produrre processi di pensiero non usuali e di elaborare soluzioni individuali in senso maturativo, e la socializzazione, come sviluppo delle qualità essenziali per un inserimento valorizzante e attitudine all'acquisizione di nuovi modi comportamentali per l'assunzione dei ruoli dell'età adulta, paradossalmente non subiscono incremento per l'appagamento monotematico dei bisogni affermativi e l'assenza o quantomeno la superficialità di teorie o criteri di formazione che indichino nell'espressione della personalità globale la modalità più produttiva per l'utilizzo ottimale della dotazione fisica e tecnica.



Nel settore di attività specifico l'alto livello di organizzazione societaria su schemi preordinati, dagli orari al soddisfacimento di tutte le esigenze fino ai movimenti e la disposizione sul campo, le possibilità di appagamento del livello di aspirazione per il rapporto più saldo con l'obiettivo e la consapevolezza storica e del livello attuale delle capacità ostacolano l'attitudine a elaborare tentativi di soluzione individuali; lo stile educativo poi, anche se superficialmente differenziato, per carattere e livello di sicurezza di ruolo degli istruttori, dal metodo di influenzamento suggestivo alla fiducia che censura i limiti individuali al distacco affettivo-emotivo critico che mira al superamento delle carenze evidenziate, sta sempre condizionato alla tecnica automatizzata e all'addestramento alla rimozione delle istanze all'autonomia operativa.

L'espressione della creatività, mortificata durante la formazione, è auspicata nella gara dove però, anche se va a beneficio del gioco collettivo, assume un valore egocentrico che favorisce la stratificazione per meriti contro la coesione di gruppo.

Non si può non rilevare, per inciso, l'errore di fondo comune al metodo formativo della scuola: entrambe le situazioni istituzionali, partendo da presupposti diversi, tendono alla standardizzazione del livello di personalità, mortificando la creatività e la capacità di evoluzione individuale, l'una per incanalare tutte le risorse verso l'obiettivo senza curarne l'incremento, l'altra per un falso concetto di uguaglianza fondato sullo status e non sulla cooperazione con contributo diverso delle capacità. La differenza sta forse nel fatto che il calcio professionistico, pur disponendo di materiale molto valido sul piano intellettuale, crea handicappati psicologici quando non riesce a concretizzare le aspirazioni, mentre la scuola spesso le punisce.

La maggior responsabilizzazione indotta verso la professione, in parte per l'evoluzione dei concetti di rendimento che privilegiano ora le doti atletiche nei confronti di quelle squisitamente tecniche naturali, ha tolto alla sessualità molto campo di affermazione e collaudo della virilità, ingenerando in molti casi una vera fobia dell'atto sessuale come pratica dannosa se abusata e da esplicitare in modo impersonale come sfogo a vantaggio dell'efficienza. Il contrasto sesso-professione porta a vivere rapporti scarsamente integrati, dove la complementarità si attua prevalentemente a livello di comprensione di propri conflitti ed esigenze sessuali moderate.

L'indagine sociometrica evidenzia la mancanza di un vero legame di gruppo e delinea due posizioni distinte: l'una, favorita dalla situazione sperimentale accettata acriticamente come intervento della Società nel-

l'area dell'interesse comune dall'atteggiamento specifico dell'allenatore che l'ha introdotta nel campo delle norme, esprime una pseudocoerenza di gruppo globale, mentre l'altra nega qualsiasi legame favorito dal lavoro comune se non individuale. Le scelte preferenziali, quando esistono, sono perlopiù condizionate dalla stratificazione tecnica o come intesa per parità di considerazione e di ruolo in campo o per bisogno gregario senza reciprocità. Non si può quindi parlare di coerenza di gruppo per il carattere egocentrico della finzione direttrice che induce a differenziarsi nella unicità della valutazione individuale e per la struttura stessa del gruppo, sorto per un'abilità settoriale indipendente da affinità socio-culturali o affettive e sviluppatosi secondo parametri competitivi per la caratteristica istituzionale di apertura prima a vantaggio della permanenza e allo stadio attuale della chiamata concorrenziale al passaggio nell'area del successo.

L'allenatore, per il ruolo di modello di identificazione intermedio e il potere discrezionale sulla continuazione della carriera, è investito di profondi sentimenti di ambivalenza con censura dell'aggressività e aspettative di protezione e intervento magico risolutore. All'immagine ideale non vengono richieste specifiche abilità nella formazione tecnica, ma doti genericamente umanitarie, che garantiscano l'espressione delle potenzialità in un clima di accettazione affettiva e di difesa nei momenti di crisi e l'assunzione dei ruoli di educatore in sostituzione della scuola troppo esigente e dispersiva, che trasmetta i valori culturali dominanti e i modi di comportamento più idonei a mantenere la finzione del successo anche nell'ambiente esterno, e di psicologo, che non solo comprenda i problemi, ma intervenga in modo risolutivo nei conflitti intrapsichici dell'età.

Considerando il calcio professionistico uno sport ad alto rendimento e la prestazione un atto che impegna la personalità globalmente nei suoi aspetti psichici, fisici, affettivi e volitivi della capacità di rendimento e della prontezza e adeguatezza dell'esecuzione sotto l'influenza determinante dell'ambiente e della finzione direttrice, risulta evidente l'inadeguatezza del metodo empirico tradizionale che sta alla base della disciplina. Si rende pertanto necessaria la ricerca di una teoria il più possibile generale che, partendo dalla definizione di criteri di scelta che garantiscano il massimo di previsione circa l'idoneità, fissi le modalità educative ai vari livelli evolutivi per un processo di maturazione armonico e completo della personalità individuale; i disturbi psicologici di base, l'incanalamento selettivo degli interessi con esclusione di altri campi di affermazione e l'adeguamento acritico al modello sembrano infatti

essere le cause predominanti di insuccesso, più degli infortuni fisici e dei deficit evolutivi organici.

Al livello di maturazione esaminato l'intervento pedagogico e psicoterapeutico individuale e di gruppo, oltre che alle finalità formative specifiche, deve essere indirizzato alla rimozione di disturbi emotivi e comportamentali e all'apertura a inserimenti valorizzanti in altri settori per l'utilizzo ottimale e non condizionato dall'ansia per la precarietà e l'inadeguatezza di tutte le risorse nella prestazione e per ottemperanza al dovere della Società di garantire il conseguimento della capacità di adattamento alla vita sociale ai soggetti che non si rivelano in grado di conseguire la maturità sportiva.

GIACOMO MEZZENA \*  
ROSALIA SIMONASSI \*\*

## APPROCCIO PSICOTERAPEUTICO DI GRUPPO CON ADOLESCENTI CHE PRESENTANO RADICALI PSICOTICI O GRAVI NEVROSI

### *Premessa*

La psicoterapia dell'adolescente evidenzia difficoltà che sono legate alle caratteristiche dello stadio di maturazione emotiva che tale età presenta.

In essa l'instabilità del tono dell'umore e la variabilità del comportamento sono determinate da modificazioni fisiche, psicologiche e sociali di grande intensità, tali da creare difficoltà di adattamento al soggetto, il quale tende a sentirsi inadeguato di fronte a questa crisi di trasformazione operata da energie di accrescimento, energie tanto potenti da non trovare riscontro in altre fasi della vita.

Se quella che viene definita l'età delle frustrazioni già evidenzia in un adolescente cosiddetto "normale" problemi pedagogici e psicologici abbastanza gravi, a maggior ragione le difficoltà aumentano quando ad esse si innestano disturbi di carattere patologico che consigliano l'intervento psicoterapeutico. E lo psicoterapeuta dovrà allora tener conto non solo della diagnosi per la quale il paziente è stato a lui indirizzato, ma anche delle tempeste interiori incluse in questa fase di sviluppo della personalità. Scoprirà allora che la psicoterapia dell'adolescente deve essere flessibile, come è flessibile l'adolescente stesso. Si tratterà di una esperienza che potrà provocare all'analista insicurezza ed ansia, ma lo stimolerà grandemente; potrà frustrarlo ma nel contempo offrirgli notevoli gratificazioni.

---

\* Psicologo e analista adleriano  
\*\* Neuropsichiatra, primario O.P. di Alessandria

## *L'ISTITUZIONE IN CUI SI SVOLGE LA PSICOTERAPIA*

La "Casa del Ragazzo" di S. Maurizio di Conzano (Alessandria)<sup>(1)</sup> è una comunità che accoglie adolescenti con problemi di comportamento. Ognuno di essi ha alle spalle situazioni ambientali che sono profondamente deprivanti e che hanno provocato in loro manifestazioni comportamentali gravi; disturbi non reversibili se non presi in tempo con un trattamento psicopedagogico e farmacologico adeguato e abbinato, per i casi più gravi, ed una psicoterapia volta a decondizionarli dalla sofferenza e puntata sulla modificazione del loro stile di vita.

Questa "Casa" rappresenta, per molti ragazzi, una via per evitare od uscire da esperienze gravemente frustranti, quali le sezioni di custodia o l'ospedale psichiatrico.

Il trattamento di ricupero è seguito dall'équipe psico-medico-pedagogica che agisce sui minori in modo diretto, sia attraverso la psicoterapia, le cure mediche e la logopedia, sia indirettamente, agendo cioè su educatori ed insegnanti che sono in tal modo condotti ad assumere, di fronte ai soggetti, un atteggiamento che contribuisce alla formazione di una atmosfera più clinica che rigidamente scolastica o di istituto tradizionale. Questo nella prefigurazione di un inserimento più valido degli adolescenti nella società come membri effettivi, e non continuamente emarginati per le loro irregolarità.

Gli autori della presente relazione hanno pensato fosse importante realizzare, oltre a quanto era già stato sperimentato, l'auspicio che da più parti era già stato manifestato: iniziare un trattamento di gruppo per soggetti con gravi disturbi di personalità, partecipandovi come coterapeuti. Hanno considerato la diversità di sesso, e la loro disponibilità ad operare in modo convergente, elementi positivi per una buona riuscita della psicoterapia di gruppo programmata.

### *PROBLEMI INERENTI ALLA SCELTA PER LA COSTITUZIONE DEL GRUPPO TERAPEUTICO*

È bene precisare subito che per la formazione del gruppo avevamo un gran numero di soggetti a disposizione. Il primo problema era pertanto costituito dalla scelta dei partecipanti e dalla determinazione del numero. Per quanto riguarda il volume del gruppo, considerate le difficoltà che i pazienti da trattare avrebbero comunque potuto

(1) Direttore Prof. Luigi Porta

presentare, decidemmo di non superare, almeno inizialmente, il numero di sette.

Per quanto riguardava il tipo di soggetti da inserire ritenemmo di puntare su alcuni soggetti con radicali psicotici e su alcuni altri con gravi elementi nevrotici.

Discutemmo a lungo tra noi e con altri colleghi questo criterio generale di impostazione e formazione di un gruppo psicoterapeutico.

Le difficoltà emerse possono essere così riassunte:

1° Difficoltà di comunicazione tra adolescenti con radicali psicotici e adolescenti con elementi nevrotici; possibilità di formazione di due sottogruppi non collaboranti tra di loro.

2° Tendenza dei nevrotici a respingere le loro fantasie ed a rafforzare le difese alla presenza di soggetti con atteggiamenti autistici.

3° Difficoltà di gruppo da parte dei soggetti con nuclei psicotici e conseguente possibilità di abbandono del gruppo stesso.

Gli aspetti positivi possono essere così sintetizzati:

1° Per alcuni soggetti autistici, caratterizzati da accentuato senso di isolamento e da uno spiccato sganciamento dalla realtà e con notevole produzione fantastica, il clima eterogeneo del gruppo può attenuare la minaccia che è costituita da una vicinanza eccessiva del terapeuta che può essere vissuto come figura autoritaria.

2° Poiché questi soggetti possono essere contemporaneamente nel gruppo e fuori dal gruppo, possono in tal modo muoversi a loro agio e collaudare così, senza troppi traumi, l'efficacia delle loro difese durante il contatto con gli altri membri del gruppo, opportunità che favorisce la correzione del loro stile nelle relazioni interpersonali, altrimenti destinate a scomparire del tutto, a causa della tendenza a ritirarsi in se stessi.

Vogliamo sottolineare a questo punto che è stato da più studiosi<sup>(2)</sup> affermato che in un gruppo ben integrato le manifestazioni individuali di uno psicotico possono svolgere una funzione positiva e, in un certo senso, equilibratrice per il gruppo e per lui stesso, rilievo, questo, che ha costituito per noi incoraggiamento ad affrontare l'esperienza.

### *LA SCELTA DEI SOGGETTI PER LA FORMAZIONE DEL GRUPPO*

La scelta dei soggetti da inserire nel gruppo è avvenuta in due tempi. Anzitutto i continui contatti con gli educatori ed il personale

(2) Kadis, Kasnei, Winich, Folkes - Manuale di psicoterapia di gruppo Ed. Feltrinelli, Milano, 1967.

dell'istituzione ci hanno permesso di prendere in considerazione una rosa di quindici candidati.

Successivamente con colloqui individuali abbiamo sondato la disponibilità dei singoli soggetti ad affrontare l'esperienza e, per i casi più gravi, l'opportunità di entrare in trattamento, indipendentemente da una reale presa di coscienza del significato di un inserimento in un gruppo terapeutico.

Diamo un breve profilo degli adolescenti che, dopo l'ultima selezione, abbiamo ritenuto di inserire:

*R. L. (Gigino) - anni 14,3*

Gigino, si presenta spiccatamente coartato, chiuso in se stesso, ripiegato, a tratti nettamente autistico. Spesso risponde a situazioni di stimolo con movimenti stereotipati di dondolamento, cui si abbandona ad occhi chiusi, l'espressione del volto indifferente. Va tuttavia rilevato che riesce a stabilire un contatto saltuario, ma solo con i più piccoli e per brevissimo tempo; per il resto egli rimane in un canto a giocare con una biro gialla, sempre la stessa; con questo oggetto parla, gioca, bisticcia, confida le sue paure e le sue speranze ad alta voce; spesso si limita a ripetere lunghe litanie di parole senza senso.

Dipendente sul piano fisico dal fratello (che nel passato lo lavava e lo accudiva) non sembra aver stabilito rapporti affettivi con lui.

Ai tests proiettivi emerge chiaramente la tendenza ad un accentuato sganciamento dalla realtà e una grave difficoltà a stabilire rapporti interumani.

*R. G. (Beppe) - anni 14,*

Il minore è illegittimo. Dichiarato adottabile dal Tribunale per i Minorenni dal 1971, ha alle spalle innumerevoli esperienze di rifiuto e di abbandono. Dei suoi primi anni di vita non abbiamo notizie. Comunque all'età di cinque anni, appena inserito in una comunità-educativa, fu esaminato da uno psichiatra che consigliò all'educatrice che l'aveva accompagnato di "chiuderlo in un recinto" perché non c'era più niente da fare per lui. Ma la sua tendenza a provocare lesioni a se stesso e agli altri, nonché a rifiutare per lunghi periodi il cibo, si ridusse allorché i consigli di uno degli attuali terapeuti furono seguiti dalle educatrici che erano venute per una consulenza.

Quando questi lo riesaminò all'ingresso nella nostra comunità ebbe modo di constatare un certo miglioramento della situazione; ma l'approccio con il reale si manteneva difficoltoso e il livello di socializzazione appariva notevolmente inferiore all'età cronologica del ragazzo.

In gruppo Beppe è un adolescente poco adeguato sul piano emotivo-affettivo, spesso chiuso in se stesso, poco incline alle amicizie coi compagni. Egli sovente trova rifugio in un mondo pieno di fantastiche in cui grandi protagonisti sono i modelli (o fotografie) di automobili, giocattolo che per primo ebbe in dono da una delle sue educatrici di un tempo.

*P. G. (Gianni) - anni 14,2*

Gianni è stato accolto presso il nostro centro dopo aver vissuto traumatizzanti esperienze nell'ambiente familiare, dove i genitori, in conflitto grave fra di loro, non avevano nemmeno avuto il tempo per provvedere a fargli adempiere l'obbligo scolastico.

Si tratta di un adolescente triste, melanconico, affetto da uno strabismo convergente (ora corretto chirurgicamente), menomazione che è stata vissuta con viva angoscia e che è alla base della sua tendenza all'autosvalutazione e ai sentimenti di inferiorità. Ai tests proiettivi si rilevano elementi di carattere depressivo, spunti fobici, scadente comprensione dei fattori umani e insufficiente valutazione della realtà. Per un certo tempo frequenti erano gli allontanamenti dalla comunità; Gianni non si recava a casa, ma girovagava in città sconosciute.

*R. E. (Enzo) - anni 14,5*

Quando i primi problemi scolari e di comportamento sono apparsi, Renzo è stato allontanato dalla famiglia che non si sentiva di affrontare le difficoltà che presentava e che si sono aggravate con la nascita della sorellina. Tuttora l'accettazione di Enzo da parte dei familiari, in particolare della madre, è scarsa: i genitori "lo reggono" in casa solo per brevissimi periodi, durante i quali gli concedono denaro e divertivi purché stia "fuori e tranquillo".

Renzo è un ragazzo spiccatamente irrequieto, distraibile, spesso malinconico e depresso, con ideazione prevalentemente polarizzata su temi concernenti la propria salute fisica, che egli vive continuamente minacciata. Anche ai tests proiettivi elementi chiaramente fobici e spunti persecutori caratterizzano la sua personalità. In gruppo alterna richieste di aiuto agli altri a periodi in cui si fa aggressivo, reattivo, in preda ad una irrequietezza psicomotoria difficilmente controllabile.

*Z. A. (Nino) - anni 14,2*

Nino è stato per lungo tempo spettatore di litigi in famiglia, vittima di paure che hanno lasciato il segno. Da questo stato di cose trae origine la richiesta di inserimento presso il nostro centro.

All'ingresso si presenta depresso, chiuso, coartato; l'esame della personalità dimostra una efficienza intellettuale buona anche se condizio-



nata negativamente dalla influenza della famiglia. Il pensiero, non privo di originalità, manca di chiarezza e precisione nelle situazioni stressanti; nelle situazioni incoraggianti si manifesta invece la validità della sua comprensione e della sua creatività. La risonanza affettiva depone per uno spiccato ripiegamento introversivo con difficoltà di adattamento al mondo esterno. La personalità appare timorosa, con riserve emotivo-aggressive ipercontrollate con sofferenza.

*M. M. (Rino) - anni 14,2*

I modelli dissociati offerti dalla famiglia, genitori compresi, hanno condizionato negativamente la personalità di Rino. La trascuratezza della famiglia e i gravi disturbi comportamentali sono alla base del suo inserimento presso la nostra Comunità, dove, già dall'inizio, ha alternato periodi di relativa serenità ad altri in cui si faceva irrequieto, provocatorio e ribelle. Comunque l'elemento più rimarchevole in Rino era rappresentato dalla costante depressione del tono dell'umore, rotta da brevi esplosioni di rabbia e di aggressività.

Dopo una crisi depressiva profonda per cui, dopo essersi portato sul cornicione del tetto, aveva minacciato di gettarsi, si è presentato spontaneamente ad un membro dell'équipe per chiedergli di essere inserito nel gruppo psicoterapeutico di cui aveva sentito parlare. "Voglio stare meglio ora... mi interessa questa cosa con voi".

*G.L. (Ciano) - anni 15,1*

Quando giunge da noi Ciano appare rallentato sul piano ideomotorio, non sa provvedere a sé e per vestirsi deve essere aiutato dalla educatrice. I suoi problemi sono con la figura materna. In gruppo sta isolato, non esegue giochi organizzati, tocca solo gli elementi del gioco, rinunciando poi ad usarli. Ride senza motivo e urla in modo inarticolato.

Nei primi colloqui si limita a rispondere monosillabicamente spesso sorridendo con fatuità, sempre in modo emotivamente inadeguato per l'età e per i contenuti espressi. Sospira spesso, esegue movimenti di dondolamento sorridendo.

Con il procedere del tempo compaiono spunti deliranti persecutori mal strutturati: spesso vi è il fenomeno della ecolalia ed ecoprassia; si fa più spiccata la bizzaria comportamentale; compare una certa aggressività motoria verso gli altri compagni; è ormai evidente per Ciano una diagnosi di psicosi autistica.

A conferma di ciò sono i dati emersi dal protocollo Rorschach dove si evidenzia una tendenza a risposte originali negative, contraddistinte da una prevalente infrazione dell'obiettività; Ciano è portato a struttu-

rare confabulazioni che allargano gli scarsi confini delle risposte.

Perseverazioni e stereotipie caratterizzano il protocollo ed emerge una forte tendenza allo sganciamento dalla realtà circostante. Vi sono segni di organicità.

### *ALCUNE CONSIDERAZIONI PRELIMINARI ALL'APPROCCIO*

Considerato il fatto che nel gruppo ci sono anche soggetti che presentano radicali psicotici<sup>(3)</sup>, abbiamo dovuto tener conto che il difetto di autocritica ed il distacco dalla realtà rappresentano elementi che hanno sempre costituito una notevole difficoltà nella psicoterapia, massimamente quella di gruppo.

Poiché, secondo l'indirizzo adleriano, l'individuo elabora in questo caso finzioni rafforzate e più distorte che nel caso delle nevrosi, la distanza dall'ambiente aumenta notevolmente.

Comunque attraverso l'analisi dei contenuti si può rilevare in questi disturbi di carattere psicotico un finalismo essenzialmente affermativo o autoprotettivo. In sostanza la volontà di potenza elabora in questi casi ipercompensi volti a ridurre l'inferiorità e l'insicurezza di base, che non vengono, tuttavia, frenati o controllati adeguatamente. In tal modo il rapporto interpersonale (scambio delle comunicazioni) è reso problematico ed il controllo della realtà non è possibile.

È chiaro allora che, sulla base di questi rilievi, la psicoterapia da noi impostata doveva tener conto anche di questa realtà.

In particolare ci siamo subito resi conto che in questo caso avremmo dovuto adottare particolari cautele nell'approfondimento dell'analisi al fine di non favorire contenuti deliranti. Nello stesso tempo avremmo dovuto puntare sullo smantellamento delle finzioni rafforzate.

Secondo Adler, però, questo obiettivo si può raggiungere permettendo al soggetto con nuclei psicotici di venire a patti con la costruzione fittizia di compenso.

Che cosa si sarebbe potuto fare, allora, nel nostro caso?

Favorire nel gruppo delle fantasie che coinvolgessero tutti, nevrotici compresi. In tal modo si sarebbe potuto realizzare l'approfondimento di una serie di temi di interesse comune che, grado a grado, avrebbero determinato una certa convergenza di indirizzi emotivi, se non ancora una comunicazione valida. Ci è sembrato che questo dovesse essere il

(3) Si sottolinea che si è consapevoli di quelle che sono le problematiche attuali a livello delle psicosi e delle nevrosi (interazione fra elementi biologici ed ambientali nell'ambito delle psicosi e delle nevrosi).

primo passaggio obbligato: stimolare all'inizio fantasie che portassero gli interessi e le emozioni a convergere in modo da creare le condizioni per rendere possibile un minimo di comunicazione verbale da parte degli adolescenti con tratti psicotici, ed attività fantastiche che favorissero l'analisi nei nevrotici.

Quale la tecnica dell'approccio da adottare?

Abbiamo pensato al fumetto.

### *SITUAZIONE PRATICA DI APPROCCIO*

Al fine di evitare ai giovani pazienti situazioni di approccio che rivestissero un significato di mortificazione narcisistica (soprattutto per i nevrotici) che li avrebbe potuti danneggiare, abbiamo proposto l'analisi dei fumetti che più li interessavano; erano loro che avrebbero dovuto portare nella sala delle riunioni le pubblicazioni in loro possesso, spiegarle, commentarle, eventualmente interpretare qualche scena, disegnare qualche striscia, creando nuove situazioni fantastiche. Queste avrebbero dovuto essere le prime sedute. In un secondo tempo i ragazzi in grado di comunicare avrebbero potuto, insieme a noi, analizzare le gesta dei loro eroi, gli stili di vita alla base delle loro azioni.

A questo punto saremmo poi facilmente giunti ad analizzare gli stili di vita dei nostri giovani pazienti per passare successivamente al tentativo di modificarli dopo aver smascherato le finzioni inconscie e gli artifici costruiti per difenderle. Con i soggetti in difficoltà per queste realizzazioni, quelli cioè più ripiegati su se stessi, più portati ad isolarsi, ci saremmo regolati in base alle loro reazioni, ma sempre agendo sulla base dei criteri adleriani di intervento.

Ma in pratica, come avremmo dovuto motivare le riunioni ai soggetti scelti senza cadere in una finzione seduttiva o in un atteggiamento chiaro, ma traumatizzante o comunque implicante in taluni un rifiuto o resistenze difficili da superare?

A tal fine abbiamo a più riprese fatto discorsi che in sintesi possono essere così riportati:

“Per noi (analista e psichiatra) è importante capire gli adolescenti, i loro interessi, ecc... queste riunioni ci permetteranno di capire meglio come deve essere svolto il nostro lavoro. È interessante per noi cominciare a vedere con i vostri occhi di adolescenti, quasi a sentire con le vostre emozioni un settore importante dei vostri interessi infantili: i fumetti.

Capire meglio i giovani significa anche capire meglio voi e, se è possibile, aiutarvi a superare le vostre difficoltà; saremmo contenti se chi è troppo nervoso riuscirà alla fine capire meglio il perché, e chi ha paura di comunicare con gli altri i suoi sentimenti riuscirà a vedere meglio dentro di sé e tutti a modificarsi per vivere più contenti”.

Ripetiamo che questa è stata una comunicazione lunga, non così breve come appare nella sua sintesi, sia pur fedele, e realizzata più attraverso il dialogo che attraverso il monologo, soprattutto con i nevrotici.

Il fumetto ci ha permesso, poi, di far ruotare il gruppo sia attorno al materiale analitico che è emerso con le intense produzioni fantastiche slatentizzantesi, sia offrendo possibilità terapeutiche fondate sulla informazione e il consiglio, tutti elementi atti a migliorare la situazione di trattamento.

Dührssen<sup>(4)</sup> affermava che i più frequenti fallimenti si hanno nel trattamento psicoterapeutico per adolescenti. Perché?

Nella psicoterapia degli adolescenti è di grande ostacolo anzitutto la generale e normale mancanza di volontà di parlare, propria dei giovani, particolarmente dei problemi personali; essi in fondo cercano di difendersi da una problematizzazione troppo ampia della loro esistenza attuale. Si tratta di una difficoltà iniziale che costituisce un ostacolo non insormontabile, se il terapeuta si orienta in senso adleriano, diciamo noi, offrendo cioè al ragazzo oltre che una situazione analitica nella quale egli sia in grado di rivolgere le maggiori attenzioni possibili al proprio mondo interiore, una situazione di realtà che gli permetta di recepire stimoli ed informazioni.

Insomma, ipotizzata l'iniziale, generica indisponibilità dei soggetti in età adolescenziale ad una psicoterapia di gruppo, abbiamo pensato al fumetto quale elemento ponte per partire inizialmente da un lavoro in superficie, ma interessante per i partecipanti al fine di giungere, grado a grado, ad una sempre maggior profondità di intervento.

In pratica pensammo a questa successione di momenti di approccio:

1° Invitare i soggetti a portare i fumetti che più ritengono interessanti (muovere dagli interessi dei giovani pazienti significa creare le condizioni per superare molte delle difficoltà che si basano sulla inibizione della verbalizzazione e disporre tutti ad un proficuo livello di partecipazione).

2° Invitare i soggetti a raccontare le storie lette. Dalla partecipazione emotiva del narratore e degli altri componenti del gruppo valutare

---

(4) A. Dührssen. *Psicoterapia dei bambini e degli adolescenti*, Armando Armando Editore, Roma 1973.

l'opportunità di scegliere episodi da interpretare (con dialoghi, disegni di strisce, disegni che riproducono una scena particolarmente importante, plastica, ecc.).

3° Favorire nel paziente il passaggio al momento della creatività, non solo manuale, ma di invenzione, in modo da permettere a noi di intravedere, attraverso la tematica delle scene create, i retroscena che sono alla base delle difficoltà.

4° Interventi da parte nostra, nei momenti adatti, volti a favorire l'analisi degli obiettivi reali degli eroi.

5° Stimolazione atta a far rivivere i sentimenti degli eroi, passaggio necessario per giungere a sentire, a provare i propri sentimenti.

6° Favorire le condizioni per una modificazione di sé negli adolescenti attraverso l'addestramento a vivere emozioni positive (sia degli eroi, sia partendo dagli aspetti positivi del soggetto). Si tratta di un intervento sullo stile di vita dei giovani pazienti.

Pensammo che un approccio come quello descritto comporta una successione di stadi volti a rivelare le radici delle difficoltà, favorisce da parte nostra l'accesso al modo interiore soggettivo, utilizzando i commenti spontanei, i riferimenti personali e le eventuali catene associative; inoltre ritenemmo che fosse un modo per agire sull'assetto emotivo dei giovani, facilitandone l'espressione in una dimensione prevalentemente ludica, consentendone una elaborazione successiva su basi di realtà al fine di ottenere una modificazione dello stile di vita.

### *UN ACCENNO ALLE PRIME SEDUTE*

Le prime sedute sono caratterizzate da una ricerca degli eroi dei fumetti che vengono di volta in volta identificati in Braccio di Ferro, Blek Macigno, Uomo di pietra ed altri ancora; eroi che hanno sempre come tratto fondamentale la forza e la potenza.

I ragazzi accettano di esprimere graficamente i loro modelli, commentandone le gesta con libere associazioni.

Ma se la maggior parte dei componenti del gruppo ha per lo più un approccio di questo tipo, emergono tuttavia momenti relazionali senz'altro più difficili, ma indubbiamente interessanti e sintomatici.

Ad esempio Ciano presenta un chiaro choc alla prima seduta di gruppo in cui egli, contrariamente a quanto gli accade nelle sedute individuali, diventa logorroico, turpiloquente, in preda a viva agitazione psicomotoria. Tale elemento di choc si riscontra nelle strutture con nucleo psicotico.

Sottolineiamo che in questo caso lo choc indica, per alcuni autori, il crollo o la mancanza delle difese dello psicotico, crollo che provoca una tale angoscia da spingere il paziente al suo primo impatto ad una fuga in avanti sul piano delle parole e delle azioni.

Invece la chiusura in sé di Gigino, all'inizio più rimarchevole, per cui egli rimaneva isolato, quasi non accorgendosi dei presenti, non partecipando alla dinamica del gruppo, man mano si è fatta meno serrata. Alla seconda seduta, inaspettatamente, egli batte con la matita, la matita gialla, il suo oggetto transizionale, batte sulle spalle di un terapeuta dicendo "ascolta" e mostrando senza aggiungere altro un disegno eseguito di nascosto.

Ci sembra interessante notare che nelle situazioni stressanti del gruppo emergesse a turno un soggetto che assumeva una funzione contenitrice, visto che i terapeuti si limitavano a ribadire le regole concordate ed a interpretare nei momenti di ascolto le loro azioni. Quando abbiamo considerato riuscito l'approccio tentato?

Quando i nostri adolescenti hanno cominciato a socializzare attraverso lo scambio di strumenti utilizzati per l'attività. Da allora le comunicazioni nel gruppo sono state sempre più facili in quanto sostenute da esperienze sociocreative. Questo ci ha permesso, sulla base della teoria adleriana, di sviluppare nei ragazzi un senso di appartenenza, indispensabile premessa per la formazione e l'accrescimento del sentimento sociale; inoltre ha creato le condizioni per un incremento della presa di coscienza del proprio valore, momento necessario per il superamento delle crisi originate da frustrazioni e scoraggiamenti protratti nel tempo.

L'uso dei fumetti, di questa nuova tecnica di approccio terapeutico, adlerianamente impostata, ha favorito, seduta dopo seduta, l'attenuazione dell'isolamento attraverso l'addestramento alla partecipazione.

Con il procedere del tempo, eccezion fatta per il caso Ciano (trattato verso la fine dell'anno anche con l'intervento psicoterapeutico individuale, essendo ancora scarsi i suoi miglioramenti), abbiamo percepito una sensibile riduzione delle sofferenze relazionali ed una evidente attenuazione dell'ansia in ognuno dei partecipanti al gruppo. Ma parlare di un anno di lavoro e dei primi risultati raggiunti ci fa andar fuori dal tempo consentitoci e dal tema che abbiamo fissato.

Sarà perciò argomento di altre relazioni.

CHIARA MAROCCO MUTTINI\*

## PROBLEMI DI SETTING NELLA PSICOTERAPIA DELL'ADOLESCENTE. CONTRIBUTO PERSONALE

### *Rassegna bibliografica*

La letteratura in tema di psicoterapia dell'adolescente si presenta singolarmente scarsa. Molte sono le scuole che si occupano precipuamente di terapia infantile, mentre il campo dell'adolescente sembra ugualmente trattato sia dagli psicoterapeuti infantili, sia da quelli degli adulti, senza specificità. Si ha l'impressione che la prassi terapeutica collaudata nelle varie scuole lasci il campo ad un maggior empirismo, nell'ambito del quale gli interventi risultano di volta in volta interpretativi o pedagogici a seconda del momento dell'analisi. La scuola adleriana, che a fianco della ricerca interpretativa privilegia il momento psicopedagogico come di notevole rilievo, appare quindi particolarmente idonea, per la duttilità con la quale varia le modalità d'intervento, al trattamento degli adolescenti (Adler, 1975).

Gli Autori concordano sul principio che il lavoro terapeutico con l'adolescente deve essere basato su una comprensione dinamica dei conflitti inconsci che ne disturbano l'adattamento alla realtà presente (Josselyn, 1969) e deve avere come obiettivo fondamentale quello di rinforzo dell'Io (Berman, 1969, Schneider, 1977). La situazione terapeutica è da considerarsi come un processo attivo verso ciò che l'adolescente è in grado di diventare (Robinson, 1969). Sono riaffermate intuizioni come quella Adleriana che valorizza il ruolo dinamico della volontà di potenza (Adler, 1970) o l'attenzione prospettica all'individuazione proposta da Jung (Moreno, 1978).

Un altro punto di concordanza tra gli Autori mette l'accento sull'importanza del terapeuta, tanto in relazione a reazioni inconscie di transfert e controtransfert, quanto per quel che riguarda il modo in cui egli si presenta coscientemente (Josselyn, 1969).

---

\* Assistente ordinario dell'Istituto di Clinica Psichiatrica dell'Università di Torino

Il ruolo catartico è, ad esempio, molto superiore che nel caso dell'adulto; attraverso l'azione catartica si possono verificare cambiamenti anche vistosi della valutazione della realtà (Josselyn, 1969).

In altri momenti il terapeuta diventa la persona a cui identificarsi, reale o immaginaria. Nel caso di terapeuta del sesso opposto, egli può servire da metro con cui giudicare gli altri membri del sesso opposto (ideale di oggetto d'amore). Nel caso di terapeuta dello stesso sesso, vale soprattutto l'identificazione nel ruolo di Io ideale (Josselyn, 1969; Schneider, 1977). La funzione di ideale, viene notato dallo Josselyn, può mettere il terapeuta in difficoltà in quanto egli viene ad incarnare le fantasie del paziente. È un ruolo pericoloso, che il terapeuta può svolgere purché non si lasci intrappolare nei propri bisogni narcisistici e sia quindi in grado di far capire al paziente la distanza tra la fantasia e ciò che egli è, di far discernere la percezione della realtà dalla rappresentazione fantasmatica della pulsione prodotta dalla esperienza personale di un genitore (Moreno, 1978).

Il terapeuta riveste anche un ruolo genitoriale molto più preciso di quanto non accada con l'adulto, in quanto sul piano comportamentale l'adolescente risulta molto meno controllato e quindi esposto ad impulsi che possono portare a conseguenze dannose per lui. Solo un atteggiamento di sincero interesse e di rassicurante solidità, equidistante fra l'autorità che limita e la figura benevola che comprende e tollera, permette di condurre la terapia (Josselyn, Peltz), in quanto testimonianza di fiducia nell'altro e di rispetto reciproco (Bemon, 1969).

La relazione di transfert nell'adolescente ha delle caratteristiche che richiamano quelle osservate nell'analisi dei bambini (Josselyn).

Il paziente si serve cioè della persona dell'analista in molti modi diversi (A. Freud, 1969).

L'analista ha col bambino un doppio rapporto: è oggetto transferale, nel quale entra in gioco la nevrosi, e nello stesso tempo è un nuovo oggetto su cui il paziente agisce con la parte sana della sua personalità. È indispensabile per l'analista, secondo la Freud, passare abilmente dall'uno all'altro di questi ruoli. Il tipo di rapporto che l'analista di scuola adleriana stabilisce col paziente ammette ugualmente la presenza dei due significati nella relazione terapeuta-paziente (Parenti, 1970). Entrambi i ruoli sono utilizzati per condurre l'individuo ad una presa di contatto sicura e volitiva coll'ambiente, anticipata nel corso dell'analisi appunto dall'atteggiamento verso il terapeuta. Secondo la Freud (1972), l'analista deve riuscire a sostituirsi all'ideale dell'Io del bambi-



no per tutta la durata dell'analisi e porsi quindi in una posizione autorevole anche rispetto ai genitori.

Ci può essere il rischio che il paziente si ritiri in una vita di fantasia popolata solo da sé e dal terapeuta (Josselyn); è invece tra gli scopi della terapia quello di condurre il paziente a vedere gli altri come sono realmente; il rinnovamento dell'orientamento verso l'ambiente, con maggiore tolleranza verso il prossimo, si raggiunge per mezzo della situazione terapeutica (Berman, 1969), che permette di rielaborare in modo costruttivo l'ostilità verso i genitori.

Altro e opposto rischio è quello che si sviluppi un'aggressività verso il terapeuta qualora egli non accetti la relazione transferale in tutta la sua intensità (Josselyn) e deluda così il giovane paziente (A. Freud). La precoce sollecitazione dell'autonomia del paziente (Parenti, 1961) può essere un mezzo idoneo ad evitare sia la eccessiva dipendenza, sia la aggressività, che sono di ostacolo all'analisi.

Secondo la Freud, l'esigenza più gravosa dell'analisi infantile, problema che almeno in parte si ritrova analogo con l'adolescente, è il dover dirigere l'attenzione sull'ambiente in cui le reazioni nevrotiche che si verificano, cioè la famiglia, anziché limitarsi all'indagine analitica in senso stretto. "Dobbiamo conoscere le persone del suo ambiente e accertarci delle loro reazioni nei riguardi del bambino". I genitori hanno quindi nell'analisi del bambino e dell'adolescente un peso affettivo che può venire a interferire anche sulla relazione transferale (Josselyn).

Se i genitori sono propensi a stabilire una collaborazione coll'analista, sarà possibile effettuare una vera ripartizione dei compiti analitici ed educativi, e l'educazione iniziata dall'analista potrà al termine del trattamento passare nelle mani dei genitori (A. Freud).

I genitori possono però dar luogo, nel caso della terapia coll'adolescente, a problemi di rilievo, che si possono sintetizzare secondo due differenti tipi di comportamento.

Talora ostentano una mancanza di partecipazione (Berman, 1969) che l'Io dell'adolescente non sempre è in grado di sopportare; quindi è importante cercare qualche contatto con i genitori per assicurarsi che le mete della terapia vengano chiaramente intese (Josselyn, 1969; Berman, 1969). Il trasferimento totale sul terapeuta del peso della responsabilità dell'adolescente può rappresentare per quest'ultimo la prova di un loro rifiuto.

Allora la terapia può diventare per lui un pericolo di abbandono; nel caso di altri adolescenti, già più maturi, e specie quelli nella fase finale

del rattamento, è meglio accettata una situazione terapeutica in cui vengono trattati con lo stesso rispetto per la loro maturità che si aspetta un adulto e quindi il rapporto con i genitori può essere in questo caso assai più distante da parte dell'analista.

Non sono sempre invadenti i genitori ansiosi, e non sono sempre rifiutanti quelli che si tengono lontani dalla situazione terapeutica. Il terapeuta deve inserire l'atteggiamento dei genitori nella valutazione totale del caso, tener conto per esempio della preparazione culturale dei genitori, che può consigliare loro di tenere un dato comportamento, o della loro inconsapevolezza della situazione terapeutica che può predisporre a una condotta opposta. Spesso la terapia consiste in una modificazione delle pressioni ambientali a cui il ragazzo è esposto. Nei cambiamenti spesso sono coinvolti i genitori. È opportuno aiutare questi ultimi a modificare i loro atteggiamenti (Peltz).

Il fatto di non includere i genitori può portare al sabotaggio del programma terapeutico e al fallimento della sua attuazione, mentre includere i genitori a qualche livello di partecipazione può significare aiutarli ad acquistare un rapporto più idealistico e soddisfacente col figlio in via di maturazione (Robinson, 1969). Tentando di adattare cioè l'ambiente al giovane paziente, gli facilitiamo il processo di adattamento.

Si tratta quindi di un duplice lavoro, dall'interno e dall'esterno (A. Freud).

L'adolescente ha obiettivamente bisogno dei genitori, in primo luogo perché da essi dipende economicamente, per cui ignorarli è non solo impossibile ma rappresenterebbe un errore. La misura e la modalità dei contatti dipenderà dal singolo caso.

Dalla fiducia dei genitori nella psicoterapia può dipendere il successo, perché l'adolescente non può mantenere il rapporto terapeutico se i genitori vi si oppongono (Josselyn, Freud). Si deve quindi determinare caso per caso la natura della relazione del terapeuta con i genitori dell'adolescente, ma risulta dalla letteratura l'opportunità che una relazione si stabilisca.

### *Contributo personale*

Il contributo personale riguarda i casi clinici di tre adolescenti, rispettivamente di 14, 17 e 11 anni, giunte all'osservazione per un trattamento psicoterapeutico.

*1° caso:* Monica - anni 14 - figlia unica. Il padre è operaio. La madre ha lavorato come infermiera fino al matrimonio. Dopo un cambiamento di residenza è rimasta a casa. Da allora si è occupata solo dell'andamento domestico e dell'educazione della figlia. Il livello socio-economico è quello piccolo-borghese, senza preoccupazioni economiche, anche per la scelta volontaria di un unico figlio.

La ragazza ha sempre goduto buona salute fisica, è attualmente molto sviluppata in altezza per l'età, ancora amenorrea.

Frequenta con profitto la 3ª media. A scuola è sempre stata fra le migliori. La ragazza è ben socializzata sia a scuola sia in un gruppo di coetanee e coetanei abitanti nello stesso rione. Dai genitori è stata sempre seguita molto da vicino, mai allontanata da casa neppure per brevi periodi presso parenti. Fin da piccola "non sarebbe mai stata a dormire presso qualcuno che non fosse la madre". Ha dormito nella stanza dei genitori fino all'epoca della scuola media, anche a causa dell'esiguità dell'alloggio. Da circa due mesi le è stato approntato un letto nel corridoio di casa, letto che non ha mai utilizzato perché "aveva paura a dormire sola". Ha continuato perciò a dormire in camera con la madre. Da un anno ha preteso di dormire nel letto matrimoniale, e il padre le ha lasciato il posto trasferendosi in una sistemazione provvisoria nel tinello. Progressivamente la paziente è diventata sempre più ansiosa e paurosa al momento di andare a dormire, pretendendo che la madre vada a dormire contemporaneamente a lei, la tenga per mano, e le ripeta frasi rassicuratorie, come "buonanotte" in un rituale che si prolunga per ore intere.

Nel corso dei colloqui emergono altri rituali, come quello di dover ripassare la lezione per il giorno dopo ad ore fisse "altrimenti farò fiasco all'interrogazione" o di volere la finestra aperta nel tinello "perché l'aria è viziata" qualunque sia la temperatura ambientale.

Nel corso dell'anamnesi sono state approfondite le personalità delle figure parentali, e si è verificato che il padre, circa due anni fa, ha presentato un episodio di nevrosi ansiosa, in seguito a dispiaceri di lavoro; la personalità premorbosa del padre risulta essere di tipo ossessivo, con estrema precisione e pignoleria in qualsiasi attività, carenza di rapporti sociali, introversione.

La madre non risulta aver mai presentato sintomi psichiatrici e nei primi colloqui si presenta come efficiente, comprensiva, come quella cioè che regge il maggior peso della famiglia, che si destreggia tra le richieste di affetto e di attenzione della figlia e del marito, entrambi palesemente dipendenti da lei. Risulta che la madre non ha delle

relazioni sociali proprie, non esce di casa altro che per fare la spesa, si adatta senza apparente ribellione ai rituali serali della figlia, rinunciando ad uscire col marito o a seguire la televisione; passa la domenica in casa mentre il marito va alla partita, o tutt'al più esce "per far uscire la figlia". Emerge da questa situazione la considerazione che la madre ha quindi rinunciato ad una vita psicologicamente autonoma e ad una realizzazione personale gratificante. Benché apparentemente non esprima insoddisfazione per la propria vita, trasmette alla figlia un messaggio inconsapevole di frustrazione e di delusione.

Alla luce dei risultati dei tests e dei colloqui, anamnestici e di approfondimento dinamico, ho tratto la convinzione che alla base della nevrosi poteva esserci il problema della accettazione del proprio ruolo di donna adulta: la donna adulta sembra essere considerata dalla paziente come quella destinata alla sconfitta: finché la bambina è piccola, è gratificata dall'atteggiamento protettivo e permissivo degli adulti e la vita appare quindi come una favola piacevole. Crescere vuol dire accettare l'inferiorità rispetto all'uomo: non c'è più la protezione e non c'è nemmeno la possibilità di gestire le proprie scelte in modo autonomo. L'uomo ha un atteggiamento distante, o nettamente prevaricante.

L'affettività femminile rimane delusa sia quando si dirige verso il compagno, sia verso gli stessi figli, che a loro volta desiderano allontanarsi. Secondo questa linea interpretativa si possono spiegare i sintomi della paziente: da un lato la scelta di rimanere nella dipendenza infantile ma protettiva della madre, d'altra parte l'acquisizione di modalità di comportamento ossessivo, sul modello paterno, dato che l'uomo ha il ruolo vincente.

*2° caso:* Silvana - anni 17. Terzogenita di 4 figli. Due sorelle sono più grandi di lei (di 4 e 3 anni), il fratello è minore di sei anni.

Il padre è operaio. La madre svolge saltuari lavori come domestica, ma si occupa prevalentemente del ménage familiare.

Il livello economico è modesto, anche se alla famiglia non è mai mancato il necessario. Attualmente le condizioni finanziarie della famiglia sono in miglioramento perché le due prime figlie, che hanno studiato, ora lavorano.

La ragazza è stata considerata di salute piuttosto gracile fin dai primi anni. In particolare ha sofferto per qualche tempo di crisi asmatiche in coincidenza con la nascita del fratellino. Successivamente è migliorata ed è stata di aspetto tendenzialmente florido fino verso i 15 anni, quando ha cominciato a dimagrire progressivamente e vistosamente. Mestruata a 12, da due anni è amenorrea.

Ha frequentato con profitto le scuole elementari e medie, studiando sempre con diligenza e applicazione che parevano eccessive ai familiari, rapportate al livello di studi. Passava le giornate sui libri, senza quindi frequentare coetanee.

Solo negli anni pre-scolari è stata socializzata con coetanei vicini di casa, interrompendo poi queste relazioni.

Negli anni successivi usciva solo se le sorelle maggiori la portavano con loro nel proprio gruppo. Si trattava però sempre di persone a lei maggiori di età, che la consideravano come "la piccola", senza che il rapporto quindi potesse divenire paritario. Le sorelle tendevano ad assumere un ruolo di tipo protettivo, quasi materno, di appoggio all'atteggiamento della madre, che era esso pure protettivo in modo piuttosto invadente, ansioso, soffocante ogni tentativo di autonomia.

Dopo la terza media la paziente si iscrisse all'istituto magistrale, seguendo l'esempio e il consiglio delle sorelle. Dopo il primo anno si spostò al corso per maestre d'asilo, giudicandolo meno impegnativo. Optò per questa scelta perché l'ansia che aveva sempre caratterizzato il suo atteggiamento verso la scuola si era acuita, temeva di non riuscire, dimagriva. La scelta fu però considerata, sia in famiglia sia da lei stessa, come un ripiego, e perciò devalorizzante rispetto al modello delle sorelle.

Benché gli studi proseguissero con successo, all'ultimo anno la paziente ha rifiutato di continuare la scuola, motivando il rifiuto con la convinzione di non "essere in grado". Nel frattempo è dimagrita in modo allarmante, raggiungendo livelli critici per la stessa sopravvivenza (31 Kg.). Non mangiava quasi più nulla, avendo progressivamente eliminato tutti i cibi che riteneva nutrienti o ingrassanti.

Nell'ambito della indagine anamnestica sulla famiglia sono emersi alcuni dati di rilievo: il padre ha sempre ricoperto un ruolo di secondo piano: sempre fuori casa, occupando il tempo libero con un secondo lavoro, quando è a casa vuole "stare tranquillo". Durante i pasti perciò si deve fare silenzio. I tentativi di dialogo, aperti dalle ragazze più grandi negli ultimi anni, sono sfociati in discussioni intolleranti, in quanto l'impostazione familiare relativamente ai problemi di morale, di politica, e così via, è rigidamente ottusa, senza apertura a una comprensione reciproca.

La madre è quella che si è interessata da vicino dell'educazione dei figli, anche lei allineata su posizioni rigidamente moralistiche in fatto di libertà e autonomia dei figli, mantenendo però un legame più affettivo e una maggiore apertura alla confidenza. È una donna frustrata

dalle continue preoccupazioni economiche, dalla necessità di anteporre in ogni occasione le esigenze familiari alla realizzazione dei propri desideri. Ne ha ricavato un atteggiamento rinunciatario, rassegnato, e insieme ansioso, con il quale ha spronato le figlie alla scelta degli studi come mezzo di affermazione economica e sociale.

Le sorelle sono sempre apparse come il modello da seguire, efficienti negli studi, docili e operose in casa. La paziente si è sempre misurata con loro in modo competitivo; era una battaglia già persa in partenza, dalla quale la paziente veniva traendo la convinzione della propria inferiorità.

Il fratellino, per il fatto di essere il minore e maschio, ha goduto di una educazione più permissiva. Silvana ha sempre dissimulato la gelosia nei suoi confronti sotto un atteggiamento protettivo, che il ragazzo tendeva però a rifiutare. Neanche nel rapporto con lui è quindi riuscita a far valere una qualche superiorità.

Dai tests e dai colloqui ho individuato a sostegno del quadro clinico alcuni elementi dinamici riguardanti una problematica di rapporto sia con le sorelle e il fratello, sia con la figura materna. La paziente pare uscire sconfitta nei suoi tentativi di competizione sia con le sorelle, sempre più efficienti di lei, vincitrici di ogni confronto già in partenza perché obiettivamente più grandi di età, sia col fratello, che a sua volta non accetta la supremazia, almeno cronologica, della paziente, e vince per autonomia e libertà d'azione, in quanto maschio.

Il modello femminile offerto dalla madre è quello della persona sconfitta. Tutti gli svantaggi, il peso dell'esistenza gravitano sulla donna. Anche la sessualità viene ad essere considerata un fattore di debolezza, di vulnerabilità, oltre che di colpa a causa della impostazione moralistica familiare. Alla paziente non si presentano quindi vie d'uscita: i rapporti con gli altri sono di tipo competitivo e destinati all'insuccesso, diventare donna vuol dire accettare la sofferenza e la rinuncia come condizione di vita. L'anoressia può avere un duplice scopo: attirare su di sé l'attenzione degli altri, uscire dal proprio ruolo di secondo piano per diventare protagonista, anche se in questo modo ricattatorio. Inoltre significa rinunciare ad essere donna, ad accettare le trasformazioni del corpo che conducono solo verso situazioni di delusione, per rimanere invece in uno stato infantile, il più possibile asessuato e quindi meno conflittualizzato.

3° caso: Elena, anni 11.

Secondogenita di due figli. Il fratello è più grande di lei di cinque anni.

Il padre è arrivato ad una solida posizione economica, partendo da

più modeste condizioni. Si presenta come una persona molto concreta, incapace di valutare le sfumature, che gli sembrano “capricci da donna”, a paragone dei soli valori a cui attribuisce importanza: il lavoro, il denaro, la posizione sociale. Quando non lavora, sceglie attività sportive come la caccia, da svolgere con amici e in cui le donne sono escluse o svolgono un ruolo solo marginale.

La madre appare come la più sensibile della coppia parentale, ma anche la più fragile. Intellettualmente vivace, dopo aver aiutato il marito all'esordio della attività che l'ha condotto al successo, è tornata al ruolo di casalinga con la nascita dei figli. Con rammarico si sente ora esclusa dagli interessi lavorativi e ricreativi del marito e non è riuscita a organizzarsi una vita autonoma. Svolge i suoi compiti di casalinga con precisione e dedizione, senza ricavarne né soddisfazioni per sé, né riconoscimento da parte dei familiari. Ha rinunciato alle cose che la interessavano, come le manifestazioni artistiche o culturali, o anche semplicemente l'eleganza personale alla quale teneva prima. Accusa una sintomatologia nevrotica ansiosa, che ella stessa pone in relazione con le frustrazioni dell'esistenza attuale.

La ragazza è stata sempre docile, facile da allevare, ottima studentessa. Aveva scarse amicizie, anche se era capace di slancio affettivo verso le poche amiche prescelte; a scuola non legava con le compagne. È stata una bambina obesa, per una alimentazione eccedente, particolarmente nei dolci, di cui era golosa.

Dopo l'ingresso in 1ª Media, la ragazzina cominciò improvvisamente a essere inappetente e dimagrire in modo vistoso (più di 20 Kg.). Si rinchiuse in se stessa, rifiutando anche le poche amiche, mantenendo apparentemente un investimento affettivo solo verso il gatto di casa, del quale si occupava assiduamente.

Rifiutava il cibo, era aggressiva sia nei confronti dei familiari ai quali manifestava verbalmente una improvvisa ostilità, sia nei confronti delle cose, verso le quali sembrava sfogare un desiderio di distruzione. Pareva del tutto indifferente rispetto alla propria persona: il corpo che deperiva in modo allarmante, l'aspetto trasandato, gli abiti scelti casualmente. L'approccio psicologico diretto con la ragazza rimase superficiale, limitato a pochi colloqui di chiarificazione, durante i quali ella manteneva un atteggiamento composto e corretto, ma difeso, scarsamente sintonico. Per questo motivo e per la giovanissima età si scelse una condotta indiretta attraverso una serie di colloqui coi genitori, in particolare con la madre che apparve come il fulcro attorno al quale si veniva organizzando il comportamento nevrotico di Elena.

I colloqui con la madre, oltre all'effetto catartico e di appoggio, miravano a modificare taluni atteggiamenti materni attraverso un incoraggiamento alla ripresa di una propria vita più autonoma e soddisfacente.

Durante il trattamento delle giovani pazienti è emersa una problematica intensamente significativa della relazione terapeutica. Ho avuto l'impressione che ogni mia parola acquistasse un peso e una rilevanza non solo per quanto riguardava il momento propriamente interpretativo, ma in quanto veniva da me, intesa come persona con caratteristiche precise. Il mio essere donna, ad esempio, con una vita familiare, un lavoro, una casa, degli affetti personali, veniva a costituire materiale di riflessione per la paziente, talora anche di discussione. Io costituivo un modello identificatorio in misura ben maggiore di quanto il terapeuta sia verso il paziente adulto.

Il concetto di transfert quale è indicato dalla psicoanalisi, di riproduzione di conflitti istintuali infantili rimossi che trovano la loro rappresentazione nelle emozioni provate verso l'analista (secondo la definizione di Fenichel), appare riduttivo rispetto al tipo di relazione terapeutica che si stabiliva.

La concezione più ampia del transfert come è propria dei modelli junghiano (Moreno, 1978) o adleriano (Rosenthal, 1973), rispecchia meglio il tipo di relazione con l'adolescente.

Venivo a pormi come alternativa alla figura materna, non solo per quanto riguardava la proiezione affettiva, ma perché fornivo l'esempio di un altro modo di essere adulta rispetto al modello materno.

Il mio messaggio derivava quindi, anche oltre al momento interpretativo, dall'apprezzamento sulle possibilità della donna di crescere senza rinunciare a realizzare se stessa, anzi affermandosi in modo autonomo e soddisfacente, non isolandosi dall'uomo ma potendo porsi con lui in una posizione paritaria. Questa osservazione acquistava per le pazienti il significato di una speranza per il loro futuro, apriva delle prospettive nuove, che erano parse prima inattuabili.

La volontà di potenza che, neuroticamente attuata, portava a monopolizzare l'attenzione dell'ambiente col sintomo anoressia, o con le ossessioni e in tutti i casi con un comportamento clamoroso e disadattato, poteva essere meglio utilizzata per la realizzazione positiva della propria esistenza. Il messaggio che esse potevano ricevere dalla figura dell'analista era quello di un modello femminile libero dal sentimento di inferiorità, autonomo, dotato di spirito di cooperazione, capace di affrontare con coraggio i tre fondamentali problemi della vita, secondo



la concezione adleriana: la società, il sesso, il lavoro (Canziani, 1975).

Il modello da me offerto si presentava pertanto differente, anche antitetico di fronte a quello offerto dalla madre. Questo fatto poteva far sorgere il rischio di una competizione delle madri nei confronti miei, mobilitata dalla aggressività delle adolescenti e dalla controaggressività materna.

Ho ritenuto opportuno perciò, recuperare la collaborazione delle madri attraverso uno o più colloqui nei quali tendevo a verificare la disponibilità a cambiamenti di impostazione pedagogica da parte loro. Le incoraggiavo a non cedere ai ricatti neurotici delle figlie, accentuando ancor più gli atteggiamenti di sacrificio, rinuncia, frustrazione: le incoraggiavo per contro a palesare maggiormente i propri desideri autentici, e a riprendere una vita più soddisfacente; così da poter offrire alle figlie un modello identificatorio femminile più sereno e realizzato.

Ponevo l'accento sulla comunicazione tra madre e figlia, durante la quale era trasmesso un vissuto di insoddisfazione e di rassegnazione, che la ragazza inconsciamente rifiutava ma non sapeva ribaltare in un programma personale e positivo, per la propria vita. L'uomo, sia padre sia fratello, appariva il più forte e il meglio realizzato, secondo linee di affermazione nelle quali la donna non trovava posto, relegata ad un ruolo subordinato e devalorizzato. L'anoressia, nel caso di Elena come nel caso di Silvana, era il mezzo utilizzato per non crescere, era il rifiuto di accettare il ruolo femminile per rimanere infantile, asessuata, protetta. Il messaggio di sconfitta che Elena e Silvana avevano colto, le portava a rifiutare tutto ciò che era femminile, il proprio corpo, l'abbigliamento, le amicizie, gli interessi. Monica sceglieva come stile di vita neurotico la stessa linea paterna, cioè la sindrome fobico-ossessiva paterna, che ella utilizzava come mezzo per attirare l'attenzione su di sé e quindi valorizzarsi.

Il desiderio inevaso di essere apprezzate in quanto di sesso femminile (Adler, 1975) accomunava le pazienti in uno stile di vita neurotico, pur con espressioni sintomatologiche peculiari da un caso all'altro, con il quale tentavano di affermarsi e valorizzarsi.

Le madri vennero perciò incoraggiate a modificare in qualcosa la propria esistenza, sulla strada di una maggiore realizzazione e valorizzazione personale, scegliendo proprie linee di affermazione e compensazione.

Con tale condotta terapeutica riuscivo così a mantenere la collaborazione delle madri, che si sentivano responsabilizzate e coinvolte nel processo terapeutico, e avviavano perciò, anche al di fuori della situazio-

ne analitica, una modificazione della impostazione pedagogica e della comunicazione interpersonale familiare, essenziali per il processo maturativo e integrativo delle giovani pazienti.

## BIBLIOGRAFIA

- ADLER A. - Prassi e teoria della psicologia individuale - Newton Compton It., Roma, 1970, trad. Cervini-Di Piazza.
- ADLER A. - Psicologia dell'educazione - Newton Compton, ed. Roma, 1975, titolo orig.: *The education of children*, trad. di Adriana Piperno.
- BERMAN S. - Psicoterapia degli adolescenti a livello ambulatoriale - da: *Psicoterapia dell'adolescente*, Boringhieri, Torino, 1969. trad. di Carla Sborgi.
- CANZIANI G. - Introduzione a "Psicologia dell'educazione", di A. Adler - Newton Compton, ed. Roma, 1976.
- FREUD A. - Il trattamento psicoanalitico dei bambini, Boringhieri, Torino, 1972.
- FREUD A. - Normalità e patologia del bambino. Feltrinelli, Milano, 1969. Trad. di L. Schwarz.
- YOSSELYN I. - The ego in adolescence. *Ann. J. Orthopsychiat.* vol. 24, 233-37, 1954.
- JOSSSELYN I. - Psicoterapia degli adolescenti a livello di pratica privata, da: *Psicoterapia dell'adolescente*, Boringhieri, Torino, 1969, trad. di Carla Sborgi.
- MORENO M. - Introduzione alla prassi della psicologia analitica. Il Pensiero Scientifico, ed., Roma, 1978.
- PARENTI F. - Manuale di psicoterapia su base Adleriana, ed. Hoepli, Milano, 1970.
- PELTZ W. L. - Psicoterapia degli adolescenti a livello combinato di pratica privata e di pratica scolastica, da: *Psicoterapia dell'adolescente*, Boringhieri, Torino, 1969. Trad. di Carla Sborgi.
- ROBINSON I. F. - Psicoterapia degli adolescenti a livello di scuola, congiuntamente al ricovero in un centro terapeutico, da: *Psicoterapia dell'adolescente*, Boringhieri, Torino, 1969, trad. di Carla Sborgi.
- ROSENTHAL H. - Il rapporto fra paziente e terapeuta: l'eguaglianza come modello operativo. Comunicazione presentata al XII Congresso Internazionale di Psicologia individuale, Milano, 1973.
- SCHNEIDER P. B. - I fondamenti della psicoterapia, ed. Borla, 1977, Roma, trad. G. Pavan.

FRANCO MAIULLARI \*  
SECONDO FASSINO \*\*

## ANGOSCIA E PROCESSI SIMBOLICI NELL'ETÀ EVOLUTIVA

L'ansia e l'angoscia possono essere più o meno direttamente legate a delle situazioni interne o esterne e lo sono in maniera diversa nel corso dello sviluppo in modo tale che all'inizio sembrano collegabili con delle situazioni oggettivamente instabili e fonte di sofferenza, mentre in seguito ne prevalgono altre soggettivamente precarie. Queste ultime, che sono l'oggetto più preciso della psicologia del profondo, si sviluppano su dei moduli esistenziali individuali che portano gradualmente il bambino verso la maturazione del suo stile di vita, inteso come nucleo centrale dell'individuo e struttura d'insieme delle sue caratteristiche modalità relazionali.

Nei primi mesi della sua esistenza, il bambino vive all'interno di ristrette coordinate spazio-temporali per cui si può dire che, non essendo ancora in grado di rappresentazione e di simbolizzazione, cioè di rimando al di là dell'azione stessa, le sue espressioni di angoscia sono contingenti e legate in modo sostanziale allo svolgersi degli avvenimenti. Tutt'al più si può ampliare questa considerazione dicendo che non è ad esempio solo il bisogno fisiologico della fame a generare il pianto ma anche il desiderio del contatto, della presenza e dello scambio emotivo, però pur sempre, almeno agli inizi, per quante variabili si considerino, esiste un rimando contingente e "pratico" alla realizzazione di stati di sicurezza, di soddisfazione, di non tensione, etc.

In seguito le situazioni o gli oggetti non agiscono più soltanto come "indice" (Piaget) e non sono più soltanto in maniera contingente all'origine dei vissuti di angoscia. Ciò è possibile perché lo sviluppo delle capacità psichiche permette al bambino di raggiungere lo stadio della rappresentazione e della simbolizzazione per cui, ampliatisi le coordinate spazio-temporali e razionali e consolidatesi le capacità anti-

---

\* Ospedale Psichiatrico Cantonale di Mendrisio (Svizzera)

\*\* Cattedra di Igiene Mentale dell'Università di Torino (Prof. Inc. G. G. Rovera)

cipatrici (aspettative) dell'azione, il dato di realtà rimanda a qualche cosa che sta al di là di esso. In questo senso l'oggetto diventa il significante di un'altra realtà che va intesa come significato. Lo sviluppo più preciso dello iato tra significante e significato fa parte delle nuove acquisizioni del bambino intorno ai due anni, mentre le modalità del rimando fanno parte della sua storia individuale.

Se non si ammette il carattere universale o l'origine più o meno dichiaratamente innata delle specificazioni di senso, non resta altro spazio per cercarle oltre la stessa storia dell'individuo, i suoi movimenti e le sue relazioni col contesto micro- e macro-sociale. Adler precisa a questo proposito non solo il collegamento fra le impressioni, gli avvenimenti e i vissuti infantili con le manifestazioni ulteriori della vita psichica e i modelli comportamentali, intesi come schemi psichici di orientamento strettamente inseriti nello stile di vita dell'individuo come parte di una totalità indivisibile, ma precisa anche il senso della loro continuità in relazione al fine ultimo e al significato che l'individuo dà alla sua esistenza. In quest'ottica la Psicologia Individuale sottolinea l'importanza dei fattori che rafforzano o semplicemente inducono dei rapporti di significazione.

Seguendo Adler e le concezioni da lui espresse in particolare all'inizio di "Cos'è la Psicologia individuale" potremmo distinguere due livelli del 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 particolare e si riferisce 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 inconscie che sottendono il fine ultimo, il progetto e in definitiva lo stile di vita dell'individuo.

Ammesso che lo sviluppo dell'ansia e dell'angoscia è il riflesso del significato e non del significante, è importante comprendere come arrivino a costituirsi i due livelli del significato per comprendere poi in che maniera influenzino gli stessi vissuti di angoscia. La maturazione del significato dell'esistenza è un processo graduale, il cui inizio va fatto risalire all'origine stessa della vita fuori dall'utero materno, a quell'avvenimento drammatico e violento che è la nascita.

L'individuo cerca il suo senso già dai primi giorni dell'infanzia, come afferma Adler, mediante oscuri brancolamenti, sentimenti non

compresi appieno, andando a caccia di sintomi e annaspando in cerca di spiegazioni. Le più precoci relazioni e le prime interazioni tra l'essere condizionato e il condizionare influenzano l'attività ulteriore del bambino. Le modalità relazionali caratteristiche che l'individuo gradualmente sviluppa si basano su tipi di meccanismi che egli ha sperimentato in fasi precoci dell'esistenza e che in situazioni evolutive di prova e ri-prova ha messo in atto per fronteggiare gli aspetti conosciuti e sconosciuti degli altri e della realtà: sono modalità relazionali che ha già sperimentato nei suoi primi rapporti sociali come tentativi più o meno completamente riusciti di controllare l'ignoto, la dipendenza, l'insicurezza, l'inferiorità, l'insufficienza, la mancanza, etc.

Il superamento di quella che Adler chiama l'inferiorità relativa, caratterizzata da tutti i sentimenti appena citati e che origina dalla relazione e nella relazione stessa, permette al bambino di strutturare con sempre maggior precisione la sua identità, di cogliersi come unità di fronte agli altri e al proprio progetto, di interpretare la realtà stessa (Adler afferma che intorno al quarto-quinto anno il bambino presenta già un suo stile di vita attraverso i cui schemi relativamente stabili dà un significato al mondo). Un tale sviluppo ideale fornisce al bambino quel margine di sicurezza di sé fondamentale per il suo sviluppo armonico e per affrontare nel senso più positivo i suoi compiti vitali.

All'interno di questo processo, che porta allo sviluppo di modalità individuali di porsi di fronte agli altri e alla realtà, trova spazio l'elaborazione simbolica più particolare: il significato dell'essere al mondo e il significato del simbolo in senso stretto non costituiscono però momenti scissi dello sviluppo psichico, ma più esattamente i suoi due aspetti o meglio ancora il tutto e la sua parte, essendo il simbolo una manifestazione particolare della globalità dell'individuo.

Dopo questi accenni di analisi sui fondamenti della significazione, ritorniamo a considerare lo sviluppo dell'angoscia. Le situazioni che abbiamo indicate come oggettivamente precarie si può sostenere che siano del tutto generali e che alcune di esse addirittura non si manifestino soltanto nei bambini ma anche nei piccoli degli animali. Ci riferiamo a quelle condizioni determinate dall'influsso di stimoli molto intensi, in particolare visivi e uditivi, dalla carenza prolungata di stimoli, dalla caduta nel vuoto per perdita di sostegno, dalle presenze non familiari e dalle assenze di persone e cose familiari. Se queste, prese isolatamente, costituiscono delle condizioni oggettive di angoscia, è chiaro che i vissuti ad esse connessi sono individuali soprattutto se si considerano nella loro intensità, nel loro ripetersi e rafforzarsi, nella presenza o meno di offerte

e soluzioni alternative più o meno valide, nella loro interazione con il mondo interno del bambino, etc. È importante considerare queste variabili per poter valutare anche la permanenza in età successive di certi "schemi psichici". Si può affermare in altri termini che anche gli stimoli più chiaramente quantificabili sono elaborati interiormente venendo ad assumere una valenza individuale di significato.

Ma questo ci porta al secondo gruppo di situazioni che abbiamo indicato come soggettivamente precarie. È chiaro che ora l'elemento di elaborazione interiore viene ad accrescersi enormemente. Diventa importante, cioè, non solo e non tanto la situazione o l'oggetto in sé, quanto piuttosto il significato che vengono ad assumere per me-qui-ora. A questo livello è difficile oltre che impossibile enumerare i momenti di precarietà proprio per il fatto che i vissuti sono ora in rapporto a dei significati della dimensione del possibile. Entriamo infatti più precisamente nel campo del simbolico e delle connessioni insite nei processi di significazione: connessioni che non vanno ridotte a una sola dimensione né per quanto riguarda i suoi contenuti (sessualità, aggressività, etc.), né per quanto riguarda le sue varianti affettive (desiderio, sicurezza, timore, etc.), né per quanto riguarda le sue varianti temporali (passato, presente, aspettative e prospettive future).

Senza voler entrare in un'analisi dettagliata dei vissuti di angoscia che possono svilupparsi su temi particolari (ad esempio la separazione, l'abbandono, la distruzione, la frammentazione fisica, etc.) in rapporto sia alle spinte interne che alle aspettative, intendiamo soffermarci sul problema dell'anticipazione-visione prospettica e sulla dimensione del possibile che si sviluppano grazie alle capacità simboliche. Quello che distingue la funzione simbolica è il fatto che permette di staccarsi dalla pura oggettualità del significante per riferirsi al significato. Dando per implicite le considerazioni sulle caratteristiche polisemiche del significante, possiamo dire in senso generale che significante e significato costituiscono il dato e il non-dato di un'esperienza psichica. Il non-dato a sua volta è simbolicamente il non ancora dato; in altri termini è il possibile. Il dislivello tra l'essere e il possibile che in questo modo viene a crearsi induce anche delle particolari modalità affettive di vivere il possibile. A tale proposito si può dire che, al di là dei dati immediati, l'individuo vive in fondo dei possibili che per la loro caratteristica di non essere definiti né certi rimandano direttamente al timore e in modo reciproco al desiderio.

Sappiamo come Adler, dopo le prime considerazioni sul sentimento d'inferiorità, lo abbia ridefinito nel senso della sua relatività, legandolo

in particolare al concetto di insicurezza. Nel momento in cui l'individuo coglie simbolicamente, sia in senso conscio che soprattutto inconscio, qualcosa di diverso da quello che è, si origina un dislivello che fonda il sentimento d'insicurezza-inferiorità relativa e l'ansia ad esso legata. La volontà di potenza o, come viene definita in seguito da Adler, l'aspirazione alla sicurezza o il desiderio di valorizzazione costituiscono l'istanza mediatrice del fine ultimo, cioè della sicurezza vissuta simbolicamente.

In termini di analisi simbolica questi concetti possono essere espressi nel modo seguente: il sentimento d'insicurezza è sostenuto dalla prima azione della funzione simbolica in quanto si fonda sul dislivello tra l'essere e il possibile da essa generato; l'aspirazione alla sicurezza è sostenuta dalla seconda azione della funzione simbolica, in quanto può essere intesa come mediatrice generale che tenta di colmare, simbolicamente appunto, il dislivello stesso. L'età evolutiva costituisce l'epoca fondamentale in cui tali dinamiche si formano e si collaudano nell'ambito della formazione della personalità e del sé dell'individuo, che passa dal meno al più in un movimento incessante e non oggettivabile, alla costante ricerca della sintesi della sicurezza. Questa evoluzione può essere profondamente disturbata dall'emergere di massivi vissuti d'angoscia, in quanto essi, legati originariamente al dislivello e secondariamente all'impossibilità di risolverlo conciliando nella relazione il mondo interno con la realtà, si riflettono sull'azione dell'individuo e in definitiva sul suo progetto.

Come esempio riportiamo il caso di un giovane psicotico che vive quasi costantemente a letto con una mano legata. Egli è in grado di uscire dalla stanza e di stare con gli altri, ma alla condizione di ritrovare il suo legame; se questo viene a mancare vive situazioni di grave angoscia e di panico con passaggio all'atto. Si può ipotizzare al proposito: 1) che l'angoscia sia basata sulle capacità di vivere simbolicamente a livello inconscio un possibile temuto e in questo caso catastrofico da mettere in rapporto verosimilmente con delle dinamiche distruttive interne (non ci soffermiamo in questo studio ad esaminare i contenuti dell'angoscia e del caos interno) e 2) che il legame gli offra, ancora simbolicamente, la possibilità di superare il dislivello e di raggiungere una forma seppure regredita di sicurezza, conciliando le valenze aggressive interne con i dati più immediati di realtà.

Questo esempio, pur nella sua brevità, ci sembra che metta molto bene in luce quelli che abbiamo indicati come i due livelli della funzione simbolica. Si potrebbero fare altri esempi, come quello del bambino

che, avendo paura del buio, recita una specie di formula esorcizzante. In questo caso il buio rappresenta simbolicamente, anche se non solo simbolicamente, un timore possibile da collocare sia nella sfera della separazione dal noto sia in quella del cadere nell'ignoto. Nel nostro soggetto la formula recitata esprime simbolicamente il tentativo sia di annullare l'ansia connessa al possibile temuto sia di rafforzare la sua sicurezza interiore. A proposito dei temi della separazione e dell'ignoto, vissuti dal bambino ad esempio quando va a dormire, e superati simbolicamente dai rituali, dagli oggetti transizionali, etc., si potrebbero fare interessanti parallelismi con la maniera in cui essi sono vissuti nelle cosiddette culture primitive e con la maniera in cui sono superati esorcizzando simbolicamente il caos mediante rituali carichi di sacralità. Ma non è nostra intenzione in questa sede addentrarci in tale analisi, che oltre tutto fuoriesce dal tema, riferendosi più in particolare al contenuto dei vissuti d'angoscia.



GABRIELLA MORASSO

## PROBLEMATICHE A CONTENUTO RELIGIOSO E LORO SIGNIFICATO IN DUE CASI DI NEVROSI ADOLESCENZIALE

Prima di addentrarmi nelle problematiche relative alla terapia e all'intervento supportivo dell'adolescente, vorrei richiamare brevemente alcuni concetti che ritengo basilari in questo campo.

Occorre primariamente sottolineare come lo stile nevrotico debba essere visto ed inserito nel contesto globale delle problematiche dell'adolescente, senza peraltro essere confuso con queste.

Uno stile di vita grossolanamente inadeguato, che si scontra nettamente con la realtà, corrisponde alla messa in atto di un piano di vita nevrotico, presente già nel bambino.

Secondo le caratteristiche dell'ambiente e dell'interazione tra le varie fasi di sviluppo biologico e il sistema relazionale individuale, possono avviarsi forme di compensazione positiva, realisticamente impostate, o forme "come se", di compensazioni distorte all'insegna di finzioni e controfinzioni.

La psicoterapia dell'adolescente può dare un contributo al suo sviluppo e alla sua maturazione, proprio perché si pone come diversa condizione offerta al paziente, che vive il setting terapeutico come un ambiente adatto e può pertanto sviluppare compensazioni adeguate, sperimentare situazioni valide, acquisire una maggior consapevolezza del mondo e di sé, che lo conduca a strutturare un'entità sinergica rispetto alle sue esigenze ed al modo di soddisfarle, alla luce del senso sociale.

Qualsiasi metodo psicoterapeutico, impostato su elementi frammentari della personalità o su comportamenti specifici, difficilmente può favorire questo processo di sviluppo.

La stessa psicoanalisi riconosce che i suoi metodi ortodossi non si adattano alle esigenze dei bambini e degli adolescenti.

La psicoterapia su base adleriana, invece, che centra l'attenzione sull'individuo nella sua unità e globalità e sulle sue relazioni col mondo e con l'ambiente, fornisce il metodo di approccio più adeguato nella terapia adolescenziale.

È all'interno della cornice teorico-metodologica fin qui accennata, che vorrei collocare il tema del significato delle problematiche religiose nelle nevrosi adolescenziali.

Come vedremo attraverso la descrizione dei casi di seguito esposti, la compensazione dei sentimenti di inferiorità e inadeguatezza che si esprimono in termini di volontà di potenza, può manifestarsi nei modi più diversi; tra questi proprio con la "mania religiosa" intesa non come idea religiosa serenamente coltivata, ma come esasperazioni di tale contenuto, che risulta quindi essere un aspetto particolare, culturalmente determinato (appreso), di un fenomeno più generale, del bisogno cioè di dare spazio e forma alle idee infantili di grandezza e al desiderio di superiorità sull'ambiente.

In una paziente di 12 a. e mezzo, di famiglia religiosa e attiva frequentatrice della parrocchia, dotata di un buon livello di intelligenza, il senso di colpa, sviluppato in conseguenza degli atteggiamenti di rifiuto da parte della madre, si esprimeva attraverso sensazioni di angoscia per avere peccato, rimorsi e pentimenti che le permettevano, in questo modo, di attirare su di sé gli interessi e l'attenzione della madre.

Con la nascita dei due fratelli maschi, preferiti esplicitamente dalla madre e di fronte alle prime frustrazioni, come ad es. l'essere isolata e scartata dalle compagne sulle quali tendeva a primeggiare, le crisi si fecero più intense. Finché, nel periodo adolescenziale, i suoi sentimenti di inferiorità trovarono la forma della non accettazione di sé e del suo corpo: si vedeva "grassa".

In una seduta significativa, la paziente mi disse come, convinta di essere grassa, per mascherare la cosa volesse farsi venire dei grossi muscoli, per poter dire così che non era grassa, ma muscolosa. Per ciò ha cominciato a fare tanta ginnastica in palestra e tanto nuoto. "I muscoli mi erano effettivamente venuti - dice - poi mia madre mi ha detto che le donne devono essere deboli, non forti come i maschi, ma io - continua - questo non lo ritengo giusto, io volevo proprio essere forte come un maschio".

Era emerso così, già dai primi momenti della psicoterapia, il forte bisogno di superiorità e l'illusione del dominio sulla realtà, coltivato per mezzo di un'intensa rigidità, che coesisteva con pesanti sensi di colpa, espressi attraverso un'autoaccusa sistematica, che la ponevano, nei confronti di se stessa, come un giudice inflessibile.

La situazione di incertezza derivante dal rapporto con la madre, che si traduceva nella sicurezza di essere rifiutata ed innescava un tentativo

di acquisire caratteristiche maschili, analoghe a quelle dei fratelli, portava a tutta una serie di compensazioni distorte e inadeguate da cui nascevano ulteriori elementi di sofferenza.

Il continuo fallimento del tentativo era fonte di sensi di colpa.

Tutto il dinamismo prendeva corpo attingendo i suoi contenuti dalla tematica religiosa e si traduceva in una esasperazione della stessa.

Il rapporto terapeutico appariva all'inizio fortemente ambivalente. La ragazza mostrava di tendere a conquistare l'appoggio dell'interlocutore per metterlo al proprio servizio e mostrava anche di non aver mai sperimentato un rapporto di amicizia e collaborazione in alternativa a quello del tentativo di dominio.

Infatti, nei primi incontri, l'accento alle sue "colpe" era nel contempo fatto in termini assoluti e vaghi, con affermazioni tassative e spiegazioni nebulose, allusive, che avrebbero dovuto indurre la terapeuta a pendere letteralmente dalle sue labbra.

Ne nasceva una connotazione sado-masochistica del clima terapeutico, in cui la ragazza chiedeva aiuto e comprensione per la sua sofferenza, esigendo però che la terapeuta concordasse sui giudizi negativi che lei formulava nei propri confronti.

Il tranello sado-masochistico non poteva essere accettato, sotto pena di vanificare l'intervento.

L'accettazione doveva comunque essere chiaramente trasmessa alla paziente, perché potesse rielaborare i suoi problemi in un clima di sicurezza, che doveva essere fornito dall'analista.

La strategia terapeutica scelta si caratterizzò in questi semplici termini: mostrare sempre comprensione per i problemi della paziente; presentarsi sempre disponibile in maniera coerente; affrontare criticamente, con gradualità, la discussione su quanto lei proponeva.

In questa atmosfera la paziente poté rapidamente instaurare un rapporto improntato a fiducia che le consentiva non solo di esprimere, ma anche di chiarire e di riconoscere come propri i bisogni di dominio, che aveva sempre tentato di mascherare autoaccusandosi sistematicamente.

Dopo questa fase fondamentale la ragazza poté cominciare a parlare di sé con maggior serenità facendo emergere come la tematica religiosa fosse da lei posta al servizio di un bisogno di onnipotenza e di grandiosità. Citò un episodio in cui era rimasta molto delusa per aver ricevuto, dopo una confessione, una penitenza inferiore a quella che era stata data ad un'amica.

Parlò della probabilità che la punizione fosse da lei cercata per sentirsi felice e della sua aspirazione a qualcosa di grande, che la portasse alla "santità" da contrapporre al mare delle sue colpe.

L'espressione della volontà di potenza aveva preso la strada dell'esasperazione del sentimento religioso. Anche i suoi sogni, che avemmo occasione di interpretare e discutere, erano la conferma di questo.

L'altra paziente oggetto di questa relazione è una ragazza di 14 a. in psicoterapia per anoressia nervosa. È significativo come in questa paziente la tendenza a disprezzarsi e a distruggere il proprio corpo col defedamento, proprio delle anoressiche, sia da lei strettamente collegata con le sue "manie religiose". La ragazza vede nella sua passione religiosa e nel bisogno di sacrificarsi la causa della sua anoressia. Non le costa fatica stare senza mangiare e se le costasse fatica - dice - "sarebbe ancora più piacevole".

Orfana di madre dall'età di 6 a. vive col padre e col fratello maggiore.

Ha sempre temuto di essere considerata "la figlia di papà" e non ha mai tollerato che qualcuno si interessasse a lei anche per aiutarla. La sensazione di avere più degli altri fa abbassare il suo sentimento di personalità e si associa a sentimenti di inadeguatezza. Vede l'aver come bisogno di avere e il bisogno di avere la fa sentire inferiore.

Infatti questo dinamismo si manifesta anche nella incapacità di instaurare una vera relazione di scambio: dare significa perdere una parte della propria onnipotenza, ricevere significa riconoscere di dover dipendere dagli altri.

"Vediamo così il costituirsi di una volontà di potenza smisurata che, per autosostentarsi, non può rinunciare a una rigidità inflessibile", non può concedere nulla neanche a se stessa.

L'insorgere dei primi desideri e delle fantasie sessuali (a contenuto sadico) fece scattare in lei fortissimi sensi di colpa che la portarono a volersi punire: le sensazioni provate erano piacevoli, ma lei cercava di non pensarci; si pentiva anche solo di averci pensato.

Fu allora che cominciò le letture religiose, la serie delle privazioni autopunitive (non mangiare, non dormire, o dormire sfinita per terra, soffrire il freddo tenendo, in inverno, la finestra della camera aperta).

Per la paziente, la religione era una pratica, più che una fede. Attraverso questa pratica, poteva avvertire il senso della propria onnipotenza, darsi riconferma della sua capacità di dominio e attingere, rinforzata, altre energie da canalizzare nella stessa direzione.

Vediamo quindi come in queste due pazienti il senso religioso sia l'espressione esasperata di un bisogno di onnipotenza, che fa ricorso al sovrannaturale per rinforzare l'apparato di sicurezza di cui si rendono schiave e come questo problema dell'onnipotenza non tragga origine da un'esigenza primaria, ma derivi dalla necessità di compensare un'insicurezza drammaticamente vissuta.

#### BIBLIOGRAFIA

- ADLER A. *Über der Nervosen Charakter* - Bergmam - Monaco 1912. Trad. It. *Il temperamento nervoso* - Astrolabio Roma 1950.
- ADLER A. *Praxis und Theorie der Individual psychologie* - Bergmam - Monaco e Wisbaden 1920 - Trad. It. *Prassi e teoria della psicologia individuale* - Astrolabio - Roma 1967.
- ADLER A. *Social Interest* - Putnam - New York - 1939.
- CASTELLO F. *La volontà di potenza: sua espressione in alcuni casi di anoressia mentale* - Riv. di Psicologia Individuale 5, 8 - 1977.
- ELLENBERGER H. F. *The discovery of the unconscious - The history and evolution of dynamic psychiatry* - Basic Books - New York 1970.
- FREUD A. *Adolescence - The Psychoanalytic Study of the Child XIII 1858* - International University - Press New York - pp. 254-278.
- FORNARI F. *Simbolo e codice* - Feltrinelli - Milano 1976.
- PARENTI F. e coll. *Dizionario ragionato di Psicologia Individuale* - Cortina - Milano 1975.
- PARENTI F. *Manuale di Psicoterapia su base Adleriana* - Hoepli - Milano 1970.
- WOLMAN B. B. *A handbook for the practicing psychoanalyst* - Basic Books - New York. 1967 - Trad. It. *Manuale delle tecniche psicoanalitiche e psicoterapeutiche* - Astrolabio - Roma 1974.

## IL BAMBINO COME RISPOSTA ALLE INFLUENZE SOCIALI

Non si può prescindere, affrontando lo studio della psicologia del fanciullo, dall'importanza che riveste il quadro comunitario in cui il bambino è inserito.

I legami con la collettività, intesa nel senso più ampio del termine, devono condurre ad uno sviluppo adeguato del sentimento sociale, tramite il superamento dell'originario sentimento di inferiorità. L'energia della volontà di potenza deve, cioè, essere incanalata verso fini socialmente accettabili. Si può dire che tutte le modalità e le norme della nostra vita risentano dell'influsso della società: noi vogliamo esaminare come il fanciullo sia determinato da queste influenze e quali di esse siano le più importanti.

Il primo nucleo sociale del bambino è la famiglia: ricordiamo che essa viene rappresentata da Adler come una costellazione, in cui il padre e la madre rappresentano il sole e la luna ed i figli tante stelle, più o meno grandi, più o meno brillanti, che ruotano attorno ad essi.

La relazione, l'interrelazione con il padre e con la madre giocano un ruolo primordiale nell'elaborazione della personalità del bambino. La madre, in particolare, è vista da Adler come momento fondamentale del rapporto sociale; ella è vissuta come primo oggetto d'amore ed è colei che risveglia nel fanciullo la facoltà del senso sociale. Lo scambio di affetto, il sorriso del bimbo, le carezze, si riscontrano all'inizio di una lunga cooperazione tra la madre ed il bambino, preparazione dell'integrazione ulteriore dell'essere in seno alla comunità umana. Le caratteristiche assunte dalla famiglia dipendono dalle attitudini della coppia parentale.

Mentre il bambino cresce fisicamente, si sviluppano in lui tendenze psichiche che richiedono potenziamento e valorizzazione. Egli sceglie in chi lo circonda la personalità più forte, generalmente suo padre o sua madre, che gli serve da modello. Paragonandosi a loro, il bambino misura le sue possibilità e valuta le sue speranze per l'avvenire; cerca il dominio ora nell'opposizione, ora nella sottomissione, quando la distanza naturale tra lui e l'adulto acuisce il suo sentimento d'inferiorità.

Il piano compensatore di vita infantile risulta da tutta una serie di tentativi e di esperienze che hanno lo scopo di far scomparire questa distanza e, di conseguenza, il suo senso di debolezza. La preparazione a tutte le difficoltà della vita futura si realizza a quest'epoca; tutte le risposte che un essere umano dà ai problemi della vita sono essenzialmente influenzate da uno schema proveniente dalla sua infanzia. La psicologia individuale ha dimostrato che un bambino si svilupperà in modo tanto più unilaterale quanto più la sua posizione di fronte alle esigenze della società sarà anormale ed il suo sentimento di inferiorità più accentuato.

Ciascun figlio è influenzato dall'ambiente familiare in maniera diversa, a seconda della posizione che occupa all'interno della citata costellazione. Essere primogenito o l'ultimo tra i fratelli segna l'individuo con tratti ben precisi.

Nel primo caso il bambino, figlio unico per un certo tempo, deve in seguito rassegnarsi all'arrivo dei fratelli, con i quali dovrà spartire le cure dei genitori. È evidente che egli viene a trovarsi nella posizione di un soggetto detronizzato e tenterà, allora, di attirare in tutti i modi l'attenzione dei genitori. Può accadere che il primogenito risenta molto a lungo della perdita della sua supremazia e si distacchi dalla madre, suo primo oggetto d'amore, reputandola colpevole dell'affetto che essa riversa sul nuovo venuto.

L'affetto del figlio primogenito si rivolge perciò verso il padre, considerato il detentore dell'autorità e del potere decisionale; il ragazzo si sente così sostenitore del potere costituito. Se i genitori gli affidano compiti di una certa responsabilità, come la cura dei fratelli più giovani, il ragazzo sviluppa il suo sentimento sociale e, nello stesso tempo, trova un compenso alla perdita della posizione privilegiata. Il figlio secondogenito ha invece l'ardente desiderio di superare il rivale e si pone in netta antitesi con il fratello maggiore, rivelandosi innovatore, progressista, rivoluzionario, quanto il primogenito è conservatore e tradizionalista. La vita del secondogenito è un po' una "corsa in avanti", nella quale il maggiore gli fa da battistrada. Anche nella vita adulta egli adotta frequentemente tale atteggiamento.

Il figlio minore cresce, nell'ambito familiare, in un'atmosfera di protezione. Il fatto di essere il più giovane lo spinge a dimostrarsi forte e capace: egli tende in tutti i modi alla supremazia, temendo di essere sottovalutato. Se l'educazione sviluppa in modo adeguato il suo senso di cooperazione, l'ambizione del soggetto lo spinge verso ottimi risultati sociali, viceversa il ragazzo è spinto verso sentimenti di gelosia e di

odio. Diverse sono le problematiche presentate dal figlio unico, il quale vive in una condizione privilegiata, nella quale "tutto gli è dovuto". L'ambiente familiare non presenta ostacoli, mentre il mondo al di fuori è vissuto come un luogo privo di protezione. Crescendo, il figlio unico fa fatica a considerare gli altri come suoi eguali; quando incontra delle difficoltà, vive nel timore di non riuscire a superarle.

Tra i fattori che determinano lo sviluppo del fanciullo, le condizioni economiche rivestono un'importanza fondamentale.

Cresciuto in una famiglia dove la principale preoccupazione è quella di rimediare il pane quotidiano, l'individuo non può sicuramente crescere sviluppando un sentimento di cooperazione. Il disagio economico si riflette, inoltre, sulle condizioni fisiche, che diventano terreno fertile per l'insorgere di diverse malattie. Il bambino proveniente da una famiglia disagiata sviluppa, nei suoi primi contatti sociali al di fuori di essa, un forte sentimento di inferiorità. La consapevolezza di essere in qualche modo "diverso" dai suoi compagni, spinge il bambino o a manifestare comportamenti inaccettabili all'interno della comunità; o a rinchiudersi in se stesso, non partecipando alle attività sociali.

Questo momento della vita del fanciullo, nel quale egli allarga la propria conoscenza a persone al di fuori della famiglia, non è per nulla trascurabile. Il bambino, intorno ai tre anni, dovrebbe già essere preparato ad unirsi agli altri bambini per giocare e non dovrebbe avere paura degli estranei, altrimenti diventa poi scontroso ed impacciato e assume un atteggiamento ostile verso gli altri. Questo comportamento si osserva sovente nei fanciulli viziati che tendono sempre ad "escludere" gli altri. L'approccio del bambino con gli estranei è in gran parte influenzato dall'ambiente generale che costituisce la famiglia. Quando un nucleo familiare conduce una vita molto isolata, il bambino differenzia di significatività i membri della propria famiglia e gli estranei. Anche il ruolo dei parenti non è trascurabile nella formazione della personalità. In particolare sono i nonni, i quali hanno un contatto intenso e frequente con i bambini, che interferiscono, non sempre positivamente, nella loro educazione. Troppo sovente le persone anziane viziano i piccoli, per ottenere il loro affetto, per dimostrare a se stessi e al mondo che sono ancora validi, che sanno educare i fanciulli. Purtroppo questo comportamento può rivelarsi molto dannoso.

Ricordiamo poi la situazione del bambino non desiderato, non amato, trascurato, a volte anche abbandonato, la cui nascita è stata giudicata inopportuna. Il clima in cui cresce è privo di calore umano: essendo inesistenti i suoi rapporti con i genitori, non può sviluppare



quel coraggio che deriva dal sentimento di sicurezza fornito dall'affetto dell'ambiente familiare. Il bambino si trova in una situazione di permanente isolamento, cresce senza conoscere cosa siano l'amore e la solidarietà, e concepisce la vita priva delle forze stimolanti dell'amicizia. Avendo trovato una società fredda nei rapporti con lui, il bambino in questione non vede alcuna possibilità di guadagnarsi la stima e l'affetto con delle azioni che possano essere utili agli altri.

Un altro fattore che complica la situazione del bambino è quello del sesso di appartenenza. Infatti la società è ancora oggi caratterizzata dal predominio del sesso maschile; ciò comporta da un lato la tendenza dell'uomo a voler dominare la donna, dall'altro il senso di inferiorità della donna di fronte ai privilegi maschili. Poiché i due sessi vivono in comunione l'uno con l'altro, è ovvio che questa rivalità turbi la loro armonia. Questo problema è particolarmente sentito quando coinvolge il rapporto del fratello maggiore con la sorella più giovane di lui. Spesse volte si parla di ragazzi disorientati e scoraggiati, senza dire che la causa di tale turbamento è dovuta alla presenza di una sorella minore più capace. La bambina, in questa situazione, vive in un ambiente dove c'è un fratello maggiore che la considera un'intrusa e la combatte.

Questa circostanza stimola la ragazza a compiere sforzi notevoli per superarlo. Essa si sviluppa rapidamente ed il fratello ne è spaventato, perché vede improvvisamente crollare la sua fittizia superiorità di maschio e comincia a sentirsi poco sicuro di sé. Vi sono molti casi di ragazzi primogeniti che si sentono disorientati, pigri, nervosi, perché non si sentono abbastanza forti per competere con la sorella più giovane ed arrivano persino a nutrire odio verso il sesso femminile.

Se il bambino, sia maschio che femmina, è stato educato alla cooperazione e alla conoscenza del ruolo sessuale, egli dovrebbe essere pronto ad accettarlo nel modo più equilibrato.

Ci sembra perciò opportuno ricordare, a conclusione di quanto si è detto, l'importanza che Adler ha attribuito alla funzione educativa, in quanto - egli affermava - "... nei nostri bimbi sta l'avvenire della specie".

## IL PROBLEMA DELLA COMMITTENZA NELLE PSICOTERAPIE INFANTILI

Il problema della committenza costituisce un nodo col quale inevitabilmente si ha a che fare nel trattamento di bambini, adolescenti o comunque di soggetti non autonomi riguardo al trattamento psicoterapeutico. È un nodo non eludibile in quanto sempre, o quasi sempre, il committente è una persona o un gruppo profondamente coinvolto nel mondo conflittuale del paziente.

Si aprono, in teoria, alcune possibilità:

1) una posizione rigida che esclude a priori l'introduzione di terzi nel setting terapeutico (1);

2) una posizione "allargata" che mira a coinvolgere, con o senza una vera e propria strutturazione della terapia quale "terapia della famiglia" (tipo Ackerman (2), Palazzoli-Selvini (3), etc.), altre persone significative;

3) una posizione intermedia volta a salvaguardare sia la validità del rapporto con il terapeuta sia la "solidarietà" dell'entourage nei confronti della terapia stessa (si confronti a questo proposito quanto precisa Adler nel capitolo "come parlare con i genitori" in "Psicologia del bambino difficile" (4)).

\* \* \*

Si vuole dare con questo lavoro un contributo al problema attraverso l'esemplificazione di due casi.

*IL CASO* - Bambina di 9 anni d'età, figlia unica.

La madre, estremamente protettiva, presenta frustrazioni personali legate ad un mancato sbocco professionale dei suoi studi (è laureata), motivato con l'incompatibilità degli impegni di madre e casalinga.

---

\* Specializzanda in Neuropsichiatria Infantile.

Padre, impiegato, sostanzialmente "assente" rispetto ai problemi familiari e comunque nettamente subordinato alla consorte.

La bambina viene portata all'osservazione per un più o meno improvviso "blocco" scolastico: sempre molto brava, avanti di un anno (a nove anni frequentava la quinta elementare), aveva iniziato a "non riuscire più a studiare" e, conseguentemente, a saltare giorni di scuola per l'impreparazione.

La bimba si presentava come una vera e propria piccola "macchina da studio", costruita, preparata e assistita dalla madre. Seguendo una logica difficilmente eludibile, alla prima sensibilizzazione nei confronti di altri aspetti della vita - amicizie, tempo libero, etc. - una simile impostazione non ha retto, concretizzandosi nel rifiuto scolastico descritto.

Il carattere della bambina si presentava con forti note di introversione, e vari aspetti denunciarono un massimo ricorso a meccanismi di tipo rimozionale. Spiccato il sentimento d'inferiorità, in particolare riferito al fatto che "gli altri facevano tante cose".

L'approccio psicoterapeutico non si presentava necessariamente arduo, dato anche il buon livello intellettuale della bimba, a patto di risolvere in modo soddisfacente il rapporto della terapia stessa con il committente (cioè la madre).

È stata scelta in questo caso la posizione definita come "intermedia", procedendo da un lato su un piano di rielaborazioni più profonde e più ampie, che aiutassero la bambina a riprendere una più sicura concezione di sé, non limitata al problema scuola, da un altro lato su un piano che tenesse conto della ripresa scolastica. Ciò per offrire alla madre quel tanto di gratificazione senza la quale si sarebbe contrapposta distruttivamente alla terapia stessa.

## *II CASO*

Il secondo caso presentato si riferisce a un'adolescente (12 anni - II media). Anch'essa figlia unica.

Padre vissuto assai male; descritto come prepotente, insensibile, brutto e grasso (significativamente, a livello di realtà, le caratteristiche somatiche non corrispondono).

Madre non vissuta di per sé in modo eccessivamente negativo, se non per il subordine al padre.

La ragazza presenta un problema di anoressia, giunto a un certo grado di gravità.

L'anoressia ha una risoluzione piuttosto rapida (circa 4 mesi di terapia ad una seduta settimanale), fondata in particolare sull'analisi dei rapporti col padre, essendo emerso il rifiuto del cibo quale rifiuto della sconvolgente ipotesi di diventare "grassa, brutta e sformata come il padre".

I problemi della committenza, fino a questo momento non avvertiti, si sono presentati proprio quando, risolto l'aspetto "sintomatologico alimentare", è emerso un problema profondo, alla famiglia sconosciuto. Vi era cioè un grosso problema di identificazione sessuale, con legame affettivo e fantasie sessuali nei confronti di una insegnante dell'anno scolastico precedente. Tali fantasie avevano acquisito una dinamica di tipo ossessivo ed erano diventate assai disturbanti per la paziente.

Questi problemi non potevano essere messi in comune con membri familiari e, d'altro canto, non potevano non essere trattati. In questo caso si è proceduto comunicando alla famiglia la necessità della prosecuzione della psicoterapia, ma escludendola recisamente e limitando il trattamento al soggetto.

\* \* \*

In conclusione si propone una certa duttilità nell'affrontare i rapporti con la persona o il gruppo committente, tenendo conto di alcuni fattori.

1) Autonomia psicologica e parziali carature d'indipendenza a livello di realtà del paziente stesso.

2) Potenziale intrusività e distruttività nei confronti della terapia da parte del o dei committenti.

3) Importanza, nell'ambito della conflittualità del paziente, dei conflitti facenti capo ai committenti reali o alla rielaborazione fantasmatica di essi.

#### BIBLIOGRAFIA

- (1) - KLEIN M.: "La psicoanalisi dei bambini". G. Martinelli, Firenze, 1969.
- (2) - ACKERMANN N.: "Psicodinamica della vita familiare". Boringhieri, 1968.
- (3) - PALAZZOLI SELVINI M., BOSCOLO L., CECCHIN G., PRATA G.: "Paradosso e controparadosso". Feltrinelli, 1975.
- (4) - ADLER A.: "Psicologia del bambino difficile". Newton Compton, 1976.

LINO GRANDI

## APPROCCIO PSICODIAGNOSTICO E PSICOTERAPICO ALL'ADOLESCENTE DEVIANTE

L'incontro con lo psicologo è per ogni ragazzo un test e come tale è da elaborare. Si tratta, come noto, di una situazione nuova, in cui l'esaminato si confronta con una persona sconosciuta, rivestita di significati autoritari, quindi - e ciò vale anche per il giovane ben adattato - un diverso o, più esattamente, un rappresentante significativo del mondo degli adulti.

Giusta attenzione appare pertanto opportuno porre fin dall'inizio al modo di interagire del minore, acquisendo elementi grazie ad un'attenta osservazione, recuperando cioè i dati del linguaggio gestuale, che possiedono una significatività non inferiore alle espressioni verbali vere e proprie e che in più sovente possiedono le caratteristiche dell'immediatezza.

La disponibilità poi ad affrontare la situazione nuova permette una serie di considerazioni sul desiderio di accettazione e di integrazione, e quindi di valutare l'eventuale comportamento deviante che ha reso necessario l'incontro con lo psicologo come linea direttiva di reazione all'ambiente oppure solo a parte dello stesso, più semplicemente se si tratta di rifiuto totale o parziale. Inoltre non è da sottovalutare, per una prognosi positiva, l'emergente desiderio di partecipazione collaborativa qualora l'esaminatore fosse anche la sola persona con la quale si sviluppa una forma di integrazione e di collaborazione.

È possibile inoltre acquisire elementi sulla potenzialità intellettuale del giovane anche interpretando l'attitudine ad affrontare lo specifico contesto del colloquio, poiché si tratta di una operazione psichica complessa, che contiene una presa di coscienza della situazione ed una immediata rielaborazione che a sua volta permetterà risposte dalla cui adeguatezza sarà possibile comprendere il livello della maturità acquisita.

Accertato il livello della consapevolezza degli atteggiamenti, operazione necessaria per stabilire in modo non approssimativo il contatto

con la realtà ma soprattutto utile per dar corso a un dialogo costruttivo, sarà possibile adottare un *modus operandi* in cui effettivamente si vedrà la realtà con gli occhi del giovane, e così sentire con le sue orecchie, vivere le sue stesse sensazioni, penetrando nelle motivazioni che sottostanno ai sentimenti di inferiorità che hanno obnubilato il suo animo, lo hanno fatto sentire rifiutato, poco compreso, emarginato: tale operazione di identificazione permetterà infine di poter porre di fronte ad un problema, ad una situazione come se si fosse in lui.

Dedicando specifica e profonda attenzione all'anamnesi, che assume valore anche terapeutico grazie alla disponibilità ed all'accettazione che contagia il ragazzo e che diviene garanzia di comprensione, lo psicologo si propone innanzi tutto come persona, si sveste dei panni su di lui proiettati di giudice, ed entra in rapporto con i problemi che hanno ricevuto risposte inadeguate e che continuano a produrre tensione; la dimostrazione che i quesiti insoluti o mal affrontati hanno effettiva significatività; la proposta di risposte difformi, meglio se non palesemente antitetiche; la collaboratività per la scelta di un cammino insieme che diviene atteggiamento rassicuratorio; favoriscono la nascita ed il successivo sviluppo di un'alleanza che, pur tenendo conto dello stile di vita ormai acquisito, permetterà lente quanto opportune modifiche lungo la via dallo sviluppo del sentimento sociale.

Lentamente inoltre si approderà alla logica privata del minore, percependo le motivazioni profonde che sottostanno allo scopo manifesto che lo stesso si è proposto con le sue azioni apparentemente disarmoniche ma che è facile integrare seguendo le indicazioni di Adler allorché si sofferma sulla finzione comportamentale, e potrà essere così messa in opera l'indicazione sopra menzionata del partecipare a tutta la questione del suo modo di vivere e di agire come "se si fosse in lui". Sarà facile constatare come e quando ha perso la fiducia in se stesso, vuoi per aver preso coscienza che altri approdano con maggior facilità a gratificazioni, vuoi per avere subito insuccessi ad esempio scolastici (al riguardo è opportuno ricordare come statisticamente la maggior parte dei ragazzi detenuti nelle Sezioni di Custodia annoverano uno o più anni di ripetenza, oppure hanno interrotto anzitempo la frequenza scolastica e quasi indistintamente tutti erano nella loro classe definiti ed etichettati come ragazzi-problema).

Se è vero che la aspirazione al potere non è la nostra follia, bensì la follia che noi troviamo negli altri (Adler-1932), ciò non impedisce di constatare come la ricerca del successo sottostia alla più parte delle azioni dei ragazzi oggetto del nostro studio e del nostro operare e come

detta ricerca venga incanalata sulla strada della facile fruizione del momento gratificatorio, intesa come acquisizione di considerazione e di importanza, insomma di supremazia, da conseguirsi comunque, per lo più con mezzi inefficaci (nel contesto del deviante poi con mezzi censurati dalla società).

I valori del danaro, del prestigio, del sesso, ecc. rispondono ad esigenze di superiorità e, a seconda del posto che occupano nella gerarchia dei valori nel frattempo fatta propria, divengono indicazione della linea comportamentale acquisita: soffermandoci a discutere di uno di detti aspetti, quello che ci sembrerà più promettente per pervenire ad una intesa, potremo penetrare con maggior incisività nella corazza di diffidenza che viene elevata contro l'indagine e nel contempo si otterranno benefici ripensamenti. Di qui il passo al confronto delle valutazioni morali è breve, e potremo acquisire anche le convinzioni sul come la vita dovrebbe essere o si dovrebbe essere per una più estesa fruizione della felicità, mèta pur sempre presente in ogni creatura umana.

L'esperienza ci insegna di evitare di palesare mancanza di fiducia: anche quando si percepisce un rifiuto nei riguardi della nostra persona, oppure quando detto atteggiamento può essere interpretato come incapacità professionale ("l'ho fregato, l'ho preso in giro, crede a tutto quello che gli dico") conviene seguire la via tracciata. Anche la menzogna può essere interpretata, ma non si dimentichi il contagio della disponibilità, come si disarmo e si presenta meno refrattario e quindi sempre più indifeso il ragazzo convinto di poter gabbare lo psicologo, e comunque si rammenta che anche questa è una via per entrare in contatto, via che potrà poi essere rielaborata, al momento opportuno, quando si sarà pervenuti ad esempio alla necessità del minore di salvare un rapporto amichevole che è nato e che lentamente si è sviluppato ed ha preso corpo.

L'approccio psicodiagnostico, ed ancora una volta ci si richiama al valore di un'anamnesi circostanziata, non può ignorare le problematiche connesse con l'ordine di nascita nella costellazione familiare - il che sovente è trascurato e da altre scuole addirittura ignorato - del ragazzo - problema, così come appare opportuno mettere in luce la presenza di una più o meno cosciente rivalità tra fratelli o con uno od entrambi i genitori: quando gli elementi che ci pervengono non appaiono chiarificatori, considerata la legittimità di un sospetto in tal senso (si rammenta che devianti non si nasce, ad onta delle affermazioni di alcuni studiosi che privilegiano l'aspetto ereditario e che per comprovare le loro affermazioni sono ricorsi a statistiche fra l'altro di dubbia correttezza ed

interpretazione) è opportuno ricorrere ai tests proiettivi, in particolare Rorschach e T. A. T., effettivamente validi per la penetrazione nei livelli più o meno oscuri. Verrà così dischiuso l'orizzonte anche su altri aspetti dello stile di vita, intendendo con Adler sia il metodo seguito per affrontare i problemi dell'esistenza, sia quelle caratteristiche individuali, specifiche ed aspecifiche, che l'ambiguo concetto di carattere non ci permette di precisare, essendo un qualcosa di più e di diverso. Ci si riferisce all'organizzazione dei processi di cognizione, dove le convinzioni che si sono formate e che hanno assunto tratti di stabilità non coincidono necessariamente con quella che comunemente viene definita la realtà obiettiva, ed invece stanno ad indicare come vengano percepite l'immagine del Sé ed il mondo, il rapporto esistente e la necessaria per quanto sovente acritica correlazione, e che è soprattutto definitivamente personale.

Procedendo a livello dialogico, accogliendo le molte informazioni che il metodo proposto consente di far emergere, si otterrà un inventario - per usare una espressione cara a Shulman - degli indirizzi seguiti nel formarsi delle convinzioni che sottostanno alla formazione dello stile di vita. Si potrà accertare la presenza o meno di sentimenti di insicurezza per quanto attiene l'integrità del proprio corpo e nel contempo si avrà modo di rilevare altri dati sull'identità del Sé, appurando ad esempio se la via seguita per la conferma è quella tanto immediata quanto banale della definizione per diversità, per ciò che non si è: sono settentrionale non meridionale, sono di buona famiglia non di povera famiglia, sono seguito dai miei genitori non lasciato per strada, sono ragazzo non femmina.

L'immagine del Sé, in particolar modo nel corso dell'età evolutiva, è un acritico derivato dalla diversificazione, dove l'apparenza sovente assume significatività totale. Espressioni o convinzioni del tipo "valgo poco, il mio modo di presentarmi non piace, sono sgradito ecc." traggono radice e conferma da un procedimento analogico, da una correlazione i cui termini non sono necessariamente dipendenti, con fare statistico mal impostato: da un lato il soggetto, dall'altro tutti gli altri, viene pertanto perduta l'accezione positiva del confronto poiché gli altri appunto sono arbitrariamente rivestiti o di apprezzamenti positivi e quindi vissuti come superiori o più fortunati, o di valenze negative, e quindi il sentimento di superiorità si rinforza alla falsa fonte della riduzione negativistica degli altri, e può mutarsi in vero e proprio complesso.



Ancora, e per concludere data la brevità di tempo concesso, si segnala l'opportunità di comprendere l'immagine che il giovane si è costruita del mondo, poiché, a seconda che prevalga l'ineluttabilità del destino come forza primaria, la tendenza alla malvagità nelle persone o nelle cose, oppure un momento ottimistico per cui la vita è bella e merita di essere vissuta, sarà possibile disporre una linea direttrice di trattamento, atta a permettere una riconsiderazione delle proprie convinzioni, almeno di quelle non troppo saldamente fissate.

Considerazione analoga per quanto concerne il sentimento sociale, troppo dipendente dall'immagine che il ragazzo si è formato degli altri: di primo acchito come considera i compagni? Ne vede la complementarietà o l'uguaglianza, la fedeltà od una probabile ostilità per cui si è pronti a tradire?

Questi ed altri elementi, che qui non riportiamo, conducono direttamente al vissuto del minore, sono la base di partenza per l'approccio psicoterapico, che fra l'altro ha già avuto inizio, grazie all'opera di rinforzo che l'atteggiamento rassicuratorio ha permesso.

Poiché di vera e propria psicoterapia pare fantasioso parlare - è troppo noto che le condizioni delle istituzioni, totali e non, raramente permettono una corretta e compiuta opera in tal senso - ci si soffermerà sul più accessibile trattamento, anche in considerazione dei tempi brevi concessi allo psicologo ed alla sua opera.

Il Mozak indica come tappe da seguire:

- 1) favorire lo sviluppo dell'interesse sociale;
- 2) ridurre l'intensità dei sentimenti di inferiorità e vincere lo scoraggiamento;
- 3) indurre cambiamenti nello stile di vita (trasformando gli errori grandi in errori piccoli);
- 4) cambiare le false motivazioni che sottostanno anche a comportamenti accettabili e modificare le false valutazioni;
- 5) incoraggiare l'individuo a riconoscere la sua parità con gli altri;
- 6) aiutarlo a diventare un essere umano cooperatore.

Non è questa la sede per soffermarsi sulle svariate ragioni che sottostanno allo sviluppo socialmente insoddisfacente del ragazzo-problema, né delle componenti tipicizzanti (pigro, turbolento, chiuso, aggressivo, abile ecc.). La sintomatologia sociopatica, nel corso del trattamento, porta alla comprensione della personalità osservata con particolare riguardo per gli aspetti emotivi, essendo peraltro già evidenziati quelli cognitivi; le manifestazioni esteriori si propongono come richiamo per la penetrazione delle motivazioni profonde.

Perché ha violato determinate regole? Perché il comportamento devia rispetto alla massa del gruppo dei pari? Quante umiliazioni, quante frustrazioni, quanta sofferenza per gli interventi punitivi così cari alla tradizione educativa ed al contempo così poco attenti alle forze che si sarebbero scatenate come risposta! D'altronde la logica di una certa educazione è chiaramente manipolativa-repressiva, con il conseguente premio della rassicurazione allorché è avvenuto l'adattamento passivo ai dettati che si è voluto trasmettere.

Il Dreikurs si sofferma a presentare il metodo autocratico che sopprime nell'ordine la libertà ed al contempo segnala come l'attuale metodo anarchico, che ora è dilagante, sopprime l'ordine per la libertà: entrambi, come ben risulta, non possono non produrre insoddisfazione, anche perché si scontrano con la realtà effettiva della vita di tutti i giorni, e quindi disturbano ogni processo di crescita attivamente adattiva; il giovane ne risulta sbandato, con tendenza all'immobilismo come difesa, con bisogno di azione per ridurre l'ansia, in ansia perché è mal integrabile ogni comportamento che si esprima in azione fisica e/o psicologica.

Lo psicologo si concentra sulle manifestazioni attuali del minore osservato, sulle reazioni immediate che può osservare nell'istituzione (carcere, scuola, istituto ecc.) per acquisire dati che permetteranno un'analisi profonda della personalità, servendosi anche di tecniche più complesse quando le circostanze lo permetteranno. Consigliabile, a questo scopo ed ove possibile, l'organizzazione di dinamiche di gruppo, anche più semplicemente di discussioni in gruppo, con un atteggiamento tendente alla progressiva eliminazione della gerarchia superiore-inferiore, trattando cioè alla pari, proprio per i motivi già precedentemente segnalati.

Come agire nel trattamento? È problematico universalizzare la questione, date le molteplici diversificazioni e la pluralità degli stili di vita; sovente ci è parso di poter ravvisare similitudini, ma procedendo nella sfera profonda si è dovuto constatare che le cause di atteggiamenti e comportamenti simili derivano da un'esperienza personale irripetibile, se non sul piano del fatto in sé, in quello del vissuto. Trattandosi comunque di ragazzi-problema, è opportuno evitare le frustrazioni, le umiliazioni, agire incoraggiando e, perdurando il clima di simpatia acquisito già nel corso delle sedute dedicate all'anamnesi, procedere sulla via della consapevolezza con opportuni accorgimenti di sostegno che la sensibilità, raffinata dall'impostazione tollerante e dalla tendenza alla comprensione, consentono.

La concezione della personalità è per noi fenomenologica, globalista e finalista: l'unità fisico-psichica della persona è l'oggetto della nostra attenzione e pertanto è possibile rilevare dati oggettivi dall'esame fenomenologico, oltretutto controllabile attraverso tests proiettivi ed altre forme di accertamento, non esclusi procedimenti sperimentali d'analisi. I sentimenti di inferiorità e di superiorità saranno attentamente discussi singolarmente ed in gruppo e valutati, il sentimento sociale diverrà oggetto di attenzione e converrà preordinare interventi a sfondo pedagogico che possano incrementare il senso di appartenenza non esclusivamente conflittuale ad un determinato ambiente ed alla società in genere.

Sappiamo che lo stile di vita è modellato dalla mèta verso cui si tende: il trattamento pertanto si avvarrà di quanto si è potuto appurare in merito al modo di percepire, sulla tipologia organizzativa della selezione dei ricordi e del perché alcuni sono particolarmente presenti ed altri invece rimossi, sulle caratteristiche dell'immaginazione, sui leit-motif ricorrenti nei sogni, sull'operatività come metodo di appagamento di specifici bisogni.

È notorio che, nelle situazioni di inferiorità organica o quando si è sottoposti a pressioni sociali frustranti, scatta un meccanismo ipercompensatorio che si struttura in tendenza alla superiorità: il ragazzo-problema appare sovente aggressivo, strafottente, alcune volte con tratti di megalomania, sovente acritico, eppure è facilmente evidenziabile la situazione di profonda insicurezza, di debolezza, di dipendenza che cerca invano di nascondere e che prorompe allorché avverte che può appoggiarsi a qualcuno che lo sa comprendere, anche se non sempre può essere di aiuto. In otto anni di lavoro in una Sezione di Custodia ho ravvisato soprattutto il bisogno profondo di comprensione, quasi sempre accompagnato dal rifiuto ad ammetterlo, mentre il rapporto tanto ricercato si preferiva considerarlo come richiesta di aiuto, narcisisticamente ritenuta meno offensiva del confidarsi per il bisogno di avere qualcuno che stia ad ascoltare: chiarito ad esempio che la libertà provvisoria poteva concederla solo il Magistrato, il minore che aveva richiesto il colloquio per tale apparente scopo, cercava comunque di dilatare al massimo il contatto personale, per consigliarsi, per parlare, per avere finalmente qualcuno ritenuto di maggior prestigio e con qualità di superiorità che dedicasse a lui un po' del suo tempo!

Incanalare il desiderio di evasione verso una condizione di superiorità e la ricerca di valorizzazione della propria personalità e di maggior prestigio è compito del trattamento: sappiamo che, quando l'aspirazio-

ne alla perfezione diventa aspirazione al potere personale e viene quindi a mancare l'interesse sociale, ne consegue l'incapacità ad affrontare lungo una linea direttrice comportamentale corretta il problema del rapporto con gli altri, quindi famiglia, scuola, lavoro, compagni, affetti.

Adler affermava che l'individual psicologia non tende ad ottenere l'adattamento forzato dell'individuo ad un modello procusteano di Società, e pertanto l'adattamento passivo a una determinata concezione delle strutture sociali non può essere lo scopo del trattamento.

Ancora una volta l'accento si sposta sul sentimento sociale: i gruppi di discussione permetteranno nuove occasioni, fra l'altro controllabili, per favorire l'associarsi con i propri simili. Soprattutto sarà possibile avviare i ragazzi ad attività di gruppo dove le proprie energie potranno essere indirizzate verso fini sociali utili alla comunità, per cui il concetto stesso di adattato-disadattato perderà ancor di più il suo acritico valore, poiché se è vero che viene considerato come il barometro che misura il carattere utile-disutile per la comunità di un'attività svolta da un individuo, il produrre azioni e fatti che otterranno approvazione acquisirà valenza terapeutica e di rinforzo, oltre che ovviamente di integrazione.

Ed ecco l'analisi procedere: la discussione e l'interpretazione condurranno, attraverso le varie fasi e le opportune integrazioni, verso la comprensione che il sentimento di inferiorità è espressione di scoraggiamento e quindi acquisiranno di significatività i modelli di uomo e di donna, pari nei diritti e coraggiosi; si comprenderà l'importanza di essere autonomi, cioè capaci di libera decisione ed alieni dal conformismo, mentre la spinta alla cooperazione, anche attraverso l'organizzazione di attività, darà nuovo impulso alla volontà di autorealizzazione, e quindi all'esigenza e all'effettiva disponibilità a vivere in modo adattivo e costruttivo, grazie all'acquisizione della capacità di decidere, nella prospettiva del perseguimento dei tre fondamentali problemi della vita: società, sesso, lavoro.

PIETRO CASALONE

## I PROBLEMI EDUCATIVI DI UNA MICRO COMUNITÀ IN UNA PROSPETTIVA ADLERIANA

Un approccio adleriano alle problematiche educative può facilitarne la comprensione e la risoluzione, aiutando ad inquadrare la molteplicità e la dispersione delle manifestazioni psichiche e comportamentali in una unità di significato. Questa convinzione è maturata in chi scrive attraverso alcuni anni di attività, con responsabilità direttiva, in due micro-comunità femminili, sorte in una piccola città di provincia per interessamento di uno psicologo analista adleriano.

In ogni micro-comunità vivono rispettivamente quattro e sei ragazze, dai quattordici ai vent'anni, che si portano dietro "una precoce e protratta istituzionalizzazione" e che qui hanno la possibilità di "usufruire di un ambiente più personalizzante e socializzante". (1) Finora dopo ormai sette anni di attività vi sono passati circa una trentina di casi. Ogni gruppo è guidato da due educatrici specializzate e si avvale della collaborazione settimanale di una equipe M.P.P. formata da uno psicologo, uno psichiatra, un'assistente sociale e un direttore.

Il passato, carico di sofferenza, di queste ragazze fa emergere grossi problemi psicopedagogici, perché qui siamo di fronte a una porzione dolente di umanità, che si porta dentro un fondo di disperazione e che, attraverso situazioni esistenziali sfortunate e dolorose, è venuta strutturando un complesso d'inferiorità e un senso di ribellione che aggrovigliano notevolmente tutto il processo educativo.

### *Analisi della situazione*

Nel vissuto di queste ragazze è la maturazione del senso sociale che è maggiormente intralciata, e questa crisi della socialità può essere presa come indice dello scarto tra la loro situazione e la normalità.

---

(1) G. Mezzena, *Trattamento indiretto*, Riv. di Psic. Ind. 1977, pag. 127

Il vuoto affettivo, che rimonta all'infanzia, amplifica e rende intenso, fino alla disperazione, un senso di inadeguatezza, di autodeprezzamento e di rabbia profonda che portano alla ribellione. All'origine di questa situazione probabilmente bisogna individuare la costante mancanza di quella fonte di sicurezza e di calore umano che è la madre (1): la figura materna si è sempre dileguata traumaticamente dall'orizzonte di queste ragazze o perché la madre è deceduta o perché esercita la prostituzione. Questo stato di abbandono ha portato ad asprezza di rapporti umani, ha fatto nascere personalità disarmoniche e psicologie sbilanciate in direzione antisociale.

“La psicologia individuale comparata ha dimostrato in modo irrefutabile che un fanciullo si svilupperà in modo tanto più unilaterale quanto più la sua posizione di fronte alle esigenze della società sarà più anormale e il suo sentimento di inferiorità più accentuato” (Adler). Il trovarsi gettati nell'esistenza in condizioni di umiliati e offesi, gli scarsi e avari riconoscimenti e incoraggiamenti raccolti nella vita, il bisogno di affetto lungamente frustrato, le difficoltà ad essere accettate per quello che si è e non per quello che si dovrebbe essere, hanno portato inevitabilmente all'autosvalutazione, all'elaborazione distorta di uno stile di vita dentro al quale ci sono convincimenti pessimistici (2) del genere “il mondo mi è ostile”, “non ci si deve fidare”, ecc.

Con questa negativa immagine di sé di cui sono portatrici cresce la distanza (apparentemente incolmabile) tra queste ragazze e gli altri, il senso di estraneità e di diversità, l'impossibilità di pervenire ad un valido senso di appartenenza ad un gruppo. Le regole sociali, i valori, le consuetudini sembrano loro appartenere ad un mondo estraneo e di fronte ad essi mettono in atto meccanismi di svalutazione e negazione pretestuosa, che le spinge al rifiuto. Questa non interiorizzazione di norme e comportamenti sociali fa sorgere un rigetto di ogni divieto, che viene sentito come intollerabile costrizione, e le rende particolarmente esposte alle suggestioni antisociali.

Tutto questo sbocca in un'insufficiente integrazione, in obiettivi ostacoli alla socializzazione e nell'instaurazione di rapporti interpersonali difficili, che fanno crescere la loro diversità.

---

(1) La mancanza originaria della collaborazione madre-bambino è forse la causa della difficoltà di collaborazione umana che accompagna queste ragazze nella loro esistenza. “La madre è alla soglia del sentimento sociale”. “Probabilmente dobbiamo al sentimento del contatto materno la maggior parte del sentimento sociale dell'umanità e con ciò il fondo essenziale della civilizzazione umana” Adler cit. da Schaffer, *La Psychologie d'Adler*, p. 58; cfr. anche p. 197.

(2) “I pessimisti ci presentano un problema educativo molto complesso. Sono così classificabili gli uomini che hanno acquistato dalla vita e dalle impressioni infantili un sentimento di inferiorità”. Adler, *Psicologia Individuale e conoscenza dell'uomo*, p. 153.

Il loro sentirsi diverse, perché deprivate all'origine, le rende poco capaci di collaborazione, anzi fa crescere in loro l'illusione che l'affermarsi della personalità sia un mettersi contro gli altri; che il porsi della loro individualità richieda un opporsi (1) alla società (2), un non accettare ordini e un non sopportare proibizioni.

Questa situazione porta ad assumere atteggiamenti accusatori che tendono a colpevolizzare tutto e tutti circa le proprie difficoltà e questa è una finzione che distorce l'immagine di sé e del mondo a scopo autoprotettivo.

E forse è proprio dentro questa "finzione rafforzata" che va interpretata la *scarsa femminilità* che tutti gli operatori delle nostre due micro-comunità riscontrano nel proprio ambiente. Un modo distorto di ipercompensare la propria debolezza e insufficienza è quello di coltivare un ideale di personalità che trova la sua attuazione nel modello della virilità.

Di questo modello maschile però si adottano più i difetti che le qualità: le parolacce, le grossolanità, la rozzezza e durezza di modi. La consapevolezza della propria inferiorità determina in loro l'abbinamento di virilità con potere e privilegio, la condizione femminile è invece percepita come un aggravamento della loro inferiorità.

La mascolinità viene sentita come capacità di farsi valere, come posizione di privilegio; la femminilità come sottomissione e inferiorità. Tutto quindi viene interpretato dentro lo schema falsificante di alto-basso.

Nella micro comunità si riscontra perciò la tendenza a respingere e contestare quanto è femminile, una vera "diserzione del ruolo femminile" (1), che arriva non solo a trascurare le frivolezze (profumi, trucchi, ...) e la cura della propria persona, ma ad accentuare i cosiddetti caratteri maschili: durezza, insensibilità, ecc.

Globalmente potremmo quindi caratterizzare questa situazione come situazione di frustrazione, sfiducia, isolamento dell'ambiente e come condizione che porta ad un'immagine distorta di sé e del mondo esterno, a servizio di un fine deviante. Si sa che l'analisi di situazioni siffatte, che portano alla devianza e possono sboccare in nevrosi e criminalità, è uno dei punti di forza della scuola adleriana e tutto questo trova un puntuale riscontro nell'ambiente così com'è da noi conosciuto.

---

(1) Cfr. l'efficace espressione adleriana "No-Complex".

(2) Dreikurs. Lineamenti della psicologia di Adler, pp. 119 - 140; Schaffer, o. c. pagg. 99 e seguenti; Waj, Introduzione ad Adler, p. 90; Adler, Psicologia [52] e conoscenza dell'uomo, pag. 199.

(3) Adler, Psicologia Individuale e conoscenza dell'uomo, pagg. 123 e seguenti.

Forse per comodità di esposizione, al fine di orientarsi nel labirinto dei problemi educativi, potremo ora seguire la nota tripartizione dei *compiti vitali* proposta da Dreikurs (1); perché nell'impostazione di questi tre problemi viene alla luce tutto l'atteggiamento di fronte alla vita.

1) Una prima forma di adattamento all'ambiente si deve realizzare nel *lavoro*, che per le nostre ragazze assume due modalità:

scuola e attività manuali.

a) *La scuola* frequentata è quasi sempre la scuola media inferiore normale della città. Il livello mentale di questi soggetti si colloca generalmente - come risulta dai rilevamenti individuali compiuti dal nostro psicologo - nella fascia medio-inferiore. Sono quindi ragazze con deficit non gravi, ma con ritardi intellettivi o quanto meno con una utilizzazione ridotta delle proprie capacità intellettive.

Ora proprio la scuola presenta loro l'occasione di sperimentare la possibilità di integrazione e di accettazione nel gruppo. Questo avviene quando si ha la fortuna di incontrare professori che sanno capire, accettare, incoraggiare (2) e graduare le difficoltà. Ecco che allora riscontriamo che queste ragazze cominciano ad acquistare fiducia in se stesse, compensano positivamente il loro senso di inferiorità e diventa possibile portare avanti con loro un discorso educativo globale che le aiuti a strutturare meglio la loro personalità. Ogni volta che c'è stato un fallimento educativo, questo è sempre cominciato con *defaillances* scolastiche. Non siamo in grado di dire se gli insuccessi scolastici abbiano *determinato* i fallimenti educativi o viceversa; ma certo i due momenti hanno sempre camminato insieme: il successo scolastico constatavamo che si veniva completando in una crescita educativa, l'insuccesso scolastico si veniva invece doppiando in un insuccesso nella vita, trascinandosi poi dietro fughe, sbandamenti e fallimenti irreversibili.

b) Poiché le disposizioni di fronte al lavoro coinvolgono le disposizioni di fronte alla società, *il lavoro manuale* è stato oggetto di molta attenzione da parte dei nostri operatori nella sua duplice finalità:

*pedagogica*: come momento strutturante della personalità, perché il lavoro non mobilita solo le forze della corporeità ma l'uomo costruendo le cose costruisce anche se stesso e impara disciplina, costanza, perseveranza;

*economica*: come momento attraverso il quale viene raggiunta la propria indipendenza e autosufficienza.

(1) Adler, o. c. pagg. 119 - 140, cfr. Adler, *Psicologia dell'Educazione*, pagg. 11 - 12, Schaffer, o. c. pagg. 99 - 102.

(2) Solo in questo modo è possibile interessare un ragazzo e smuoverlo dalla sua inerzia. Molto pertinente il rilievo di Schaffer "Bisogna comprendere la pigrizia come il *linguaggio* del ragazzo demoralizzato" o. c. p. 159.



Ora da entrambi questi punti di vista in alcuni casi il lavoro si è dimostrato veramente un valido elemento maturativo e capace di produrre integrazione sociale, quando è stato portato avanti con continuità. Ma in altri casi il lavoro è stato interrotto, cambiato, abbandonato, accumulando difficoltà pretestuose che avrebbero reso impossibile continuare il rapporto lavorativo, adducendo disturbi funzionali dell'attività motoria, proiettando sull'ambiente esterno malevolenze e incomprensioni, "facendo sempre ricadere sugli altri la responsabilità di ciò che non si era raggiunto e costruendo così un'immunità morale" (1). In realtà la causa del fallimento era solo l'incapacità di adattamento ad una realtà dura che non ammette cedimenti.

Il lavoro infatti ha una sua logica interna che gli impedisce di essere flessibile come la scuola, la quale può e deve essere "su misura" dell'utente. Inoltre queste personalità poco idonee ad assumersi responsabilità, stentano, a causa della loro fragilità, a conquistare la propria indipendenza lungo una strada così faticosa. D'altra parte è stato estremamente difficile trovare comprensione per questo genere di difficoltà, sia da parte padronale, sia da parte sindacale.

## 2) Vita amorosa e sessuale.

Anche il sesso è un modo di comunicare, un legame più stretto fra due persone che dovrebbero colmare "le distanze", togliere una persona dal suo isolamento e permetterle di entrare in rapporti interpersonali più ricchi. Si riversano però anche su questa dimensione della personalità tutti i disturbi accumulati precedentemente e così la comparsa della sessualità giunge come elemento dirompente che porta alla ribalta una forza selvaggia che fa saltare ogni piano educativo.

Queste ragazze sono affamate d'amore, vi si abbandonano persuase di trovare finalmente chi le può capire, ma lo vivono in modalità riduttiva e impoverite (puro rapporto sessuale) o con labilità di vincoli (legami plurimi portati avanti contemporaneamente). La sessualità trova queste ragazze psichicamente impreparate; in un primo momento ne restano come intimidite; poi frequentemente sono trascinate alla deriva.

Duole dire che proprio l'amore è entrato nella loro vicenda umana non come forza con possibilità di recupero e di maturazione, ma è stato frequentemente fonte di avventure e di disavventure (fughe, maternità non volute, ecc.).

Abbiamo quindi incontrato su questo terreno risultati meno positivi che non nel campo della scuola e del lavoro.

---

(1) Adler. Psicologia Individuale e conoscenza dell'uomo, pag. 33.

### 3) Amicizie.

Non è facile che nascano tra queste ragazze vera amicizia e partecipazione affettiva; ci può essere talvolta complicità per certe imprese, ma sempre scarsa solidarietà; in certi momenti sorgono tra loro contrasti violenti e lotte selvagge e le giovani si dimostrano capaci persino di crudeltà.

Il loro linguaggio è spoglio delle abituali forme della cortesia, è carico invece di asprezze: sembra che le ragazze vi versino dentro tutta l'amarrezza di cui è colma la loro vita.

Frequentemente non è canale di comunicazione ma arma di lotta e di scontro.

La nuova educatrice che approda in queste istituzioni ha immediatamente l'impressione di essere di fronte ad una impostazione di vita che ha una "sua logica"; qui si sono venute cristallizzando forme di convivenza speciali, rapporti interpersonali incentrati sull'egoismo. Proprio Adler parla di "logica privata" in certe forme di esistenza paranormale ed è questa logica privata che sembra prescindere a questa convivenza. Ma è il superamento della deformazione egocentrica che rende il pensiero capace di una prospettiva obiettiva. "Solo ciò che è valido universalmente può essere definito logico" (1). Com'è facile vedere, il vissuto di queste ragazze determina un perturbamento in tutte tre queste esigenze fondamentali e questo compromette la soluzione degli altri problemi vitali. Infatti il disturbo che colpisce queste tre sfere di attività si riversa su tutta la personalità impedendone sviluppo e maturazione.

### *Intervento educativo*

Come si cerca di intervenire in questa situazione educativa per far crescere il senso della socialità, per operare una riduzione del sentimento di inferiorità e per abbattere le barriere che impediscono il contatto con il mondo esterno e l'integrazione nella comunità? Ci sembra illuminante il rilievo di Adler: "le difficoltà pedagogiche sono dovute essenzialmente al fatto che l'educazione ha spesso per obiettivo dei fanciulli già *ostili* verso l'ambiente che li circonda" (2). La liquidazione di questa ostilità consolidata è la vera difficoltà educativa.

---

(1) Adler. *Psic. Ind.*, p. 46, 47. Anche Piaget afferma che il bambino non esce dal cerchio del proprio egocentrismo, parla più per sé che per il proprio interlocutore, considera il proprio punto di vista come il solo possibile e non lo coordina con quello degli altri. E poi il fatto di dover parlare con gli altri che lo costringe ad uscire dal suo egocentrismo, a lasciare la sua "logica speciale" per adottare la logica degli adulti, valida universalmente. Cfr. Piaget, *Linguaggio e pensiero del fanciullo* pp. 43 e 46.

(2) Adler, *Psicologia Individuale e conoscenza dell'uomo*, pag. 180.

La psicoterapia vuole arrivare alla comprensione delle vere cause dell'insuccesso attraverso la messa in luce degli errori e distorsioni, degli scopi fittizi e degli obiettivi sbagliati, per sollecitare poi il *coraggio* di affrontare la propria difficile situazione esistenziale. Per queste ragazze accettare la propria realtà vuol dire affrontare il rischio di uscire dalla falsa sicurezza delle proprie illusioni in cui si erano rifugiate e venire allo scoperto per tentare di inserirsi nella realtà. Per loro purtroppo il coraggio consiste talvolta in un'uscita laterale mistificatoria, in direzione della violenza, per compensare la profonda sfiducia in se stesse. "Vieni qui se hai il coraggio" dice Stella alla educatrice dopo averla insolentita e maltrattata, "Vi denuncio tutte", "Avete tutte paura di me!".

Compito del terapeuta e dell'educatrice è proprio portare questo "coraggio", che è disperazione, alla capacità di lottare, di assumersi responsabilità, di affrontare i problemi reali della loro esistenza perché "val la pena tentare", "ce la puoi fare", "gli sforzi non sono inutili", "non bisogna battere in ritirata davanti alla vita" ...

Nel nostro piano di lavoro e di intervento, psicologo e psichiatra, in colloqui clinici individuali, cercano di comprendere lo schema che regge questa situazione vissuta, di ripercorrere cioè l'itinerario psicologico, i passaggi che hanno portato a questa situazione, per giungere poi a far capire al soggetto le dinamiche che sottendono le proprie difficoltà, a rendere comprensibili i meccanismi dei propri insuccessi, a mascherare le finzioni che stanno perseguendo, portando nel campo visivo del soggetto tutti i suoi arrangiamenti, imbrogli e stratagemmi.

Constatiamo quotidianamente le difficoltà dell'intervento in questo campo, perché si toccano atteggiamenti di fondo dell'esistenza e non zone periferiche della personalità. La difficoltà è data soprattutto dal tentativo di modificare schemi oramai consolidati da tante esperienze negative e di giungere a scrollarsi di dosso abiti mentali distorti e devianti.

Molto efficace sul piano educativo si è rivelato il trattamento indiretto di questi casi, cioè il trattamento di questi problemi realizzato attraverso l'intervento della educatrice, guidato e chiarito dallo psicologo (1). Al fine di far sorgere lo spazio per un aiuto autentico è necessario riuscire a intravedere il problema profondo di queste ragazze e il compito più impegnativo e difficile è proprio coscientizzare tutti che certe condotte sono guidate da false valutazioni; collocano le persone

---

(1) G. Mezzena, *Trattamento indiretto e proflissi* ...

dalla parte sbagliata, "sul versante inutile della vita" (1), e che così si diventa perdenti nel gioco della vita, perché si sceglie un campo di battaglia illusorio molto lontano dalla vita sociale e fuori della zona dell'impegno quotidiano.

Tutti i nostri educatori sono convinti che il disadattamento sociale di questi soggetti trova la sua spiegazione in un invincibile sentimento di estraneità alla società. Questa però è stata con loro molto avara di possibilità di crescita; la vita si è presentata a loro con un volto duro, impietoso, convincendoli di non poter ottenere nulla se non con lotte, furberie, stratagemmi. Il fatto di aver ricevuto poco mette questi soggetti in condizione di non saper dare e di concepire la propria esistenza come una spietata "lotta per la vita" in cui sopravvive il più furbo, il più astuto, il più aggressivo. C'è frequentemente in loro uno sguardo sfiduciato sul mondo e il prossimo viene sentito come ostacolo, come rivale da sottomettere. Questo dà al loro carattere (2) una tipica modalità oppositiva e aggressiva.

Noi operatori siamo sempre accompagnati dalla profonda convinzione educativa che il senso sociale e la capacità di collaborazione sono il "barometro della normalità" e che l'uomo è tanto più realizzato quanto più si armonizza con gli altri. La contrazione del senso sociale significa la contrazione del mondo di queste ragazze: le impoverisce paurosamente, restringe il campo dei loro interessi in una cerchia angusta e soffocante.

Per richiamarci quindi allo schema precedente, il campo del nostro intervento educativo mira a:

1 - Far crescere il senso sociale per superare lo scoraggiamento e la distanza che separa queste ragazze dall'ambiente. Molto efficaci si sono rivelate a questo riguardo le discussioni in gruppo guidate dall'educatrice, le quali tendono a dare una certa comprensione delle problematiche psicologiche in cui si è impigliati e delle dinamiche di gruppo che regolano i rapporti interpersonali. Tutto ciò vuole facilitare la crescita del senso critico e portare ad una progressiva conquista della propria autonomia.

2 - Sostenere l'attività lavorativa come via alla realizzazione della propria indipendenza e come superamento del proprio isolamento. Radicarsi in una situazione di normalità lavorativa si dimostra come la via sicura per la normalità di esistenza.

---

(1) Adler, *Psicologia dell'educazione*, pp. 34 e 47.

(2) "Carattere e concetto sociale", "Presi di coscienza di fronte alla vita", Adler, *Psicologia Individuale e conoscenza dell'uomo*, pag. 143.

3 - Impedire una biologizzazione della vita sessuale e dare profondità psicologica, risonanza interiore all'amore che tende a bruciarsi a livello fisiologico con insufficienti implicazioni affettive.

Ma la linea d'intervento che abbiamo riscontrato più valida è quella tracciata da Dreikurs e Dinkmeyer nel processo d'incoraggiamento.

È certo intollerabile la convinzione di essere senza valore; un vero fallimento (1); il disadattamento va riportato allo scoraggiamento (2), al sentirsi dei vinti in partenza. Solo la fiducia nelle proprie capacità può dare sicurezza a queste ragazze e creare le condizioni per giungere alla transfinalizzazione dello stile di vita e per impegnarsi in vie nuove, in un progetto di vita più aperto alla socialità. Ma per dare coraggio bisogna avere coraggio; perché uno creda in se stesso, gli altri devono prima credere in lui; credere cioè che, nonostante tutte le difficoltà, ci può essere un futuro degno anche per queste esistenze sfortunate e che la loro battaglia non è una battaglia perduta.

“Si possono educare solo fanciulli che guardano con fiducia e pieni di gioia verso il loro futuro” (3).

---

(1) Dreikurs, Dinkmeyer, *Processo d'incoraggiamento*, pag. 49.

(2) Dreikurs e Dinkmeyer, *ib.* pag. 7. “Alla base di molte anomalie troviamo la paura della vita, la mancanza di confidenza in sé, il complesso d'inferiorità che l'educatore ha inculcato al bambino con le sue misure pedagogiche maldestre”.

(3) Adler, *Psicologia dell'educazione*, pag. 48.

## BIBLIOGRAFIA

- ADLER A., *Psicologia dell'educazione*, Newton Compton Editori - Roma, 1975.
- ADLER A., *Psicologia individuale e conoscenza dell'uomo*, Newton Compton Editori - Roma, 1975.
- ADLER A., *Il bambino difficile*, Gherardo Casini Editore - Roma, 1968.
- SCHAFFER A., *La psychologie d'Adler*, Masson, Paris, 1976.
- DREIKURS R., *Lineamenti della psicologia di Adler*, La Nuova Italia, Firenze, 1968.
- WAY L., *Introduzione ad Alfred Adler*, Giunti-Barbera, Firenze, 1969.
- DINKMEYER E DREIKURS, *Il processo di incoraggiamento*, Giunti-Barbera, Firenze, 1975.
- PARENTI F. E. COHI, *Dizionario ragionato di psicologia individuale*, Cortina, Milano, 1975.
- MEZZENA G., *Trattamento indiretto per le profilassi delle turbe psichiche in una microcomunità femminile di adolescenti*, *Rivista di Psicologia individuale* N. 6-7, 1977, pp. 125/135.

## ESPERIENZA DI PSICOTERAPIA "MEDIATA" IN UNA EQUIPE PSICO-PEDAGOGICA

Il mio lavoro si svolge in una valle montana della provincia di Vercelli, la Valsesia, costituita da 28 Comuni distribuiti su un'area di 800 km. quadrati e con una popolazione di circa 50.000 abitanti che per il 90% sono accentrati in poche cittadine e per il resto sono dispersi sul territorio in piccoli comuni e in una miriade di frazioni.

Le caratteristiche socioeconomiche della zona non presentano dati di particolare rilievo; si può registrare comunque una situazione occupazionale migliore rispetto alla media regionale, dovuta a un maggior tasso di attività della popolazione femminile, e un livello di istruzione purtroppo al di sotto dei valori medi regionali.

La mia comunicazione riferirà qualcosa di quanto si cerca di intraprendere anche nei luoghi molto decentrati dove i servizi psicologico-psichiatrici sono pressoché assenti e, se presenti, lo sono soltanto nelle vecchie istituzioni (ospedali psichiatrici, case di cura, ricoveri per anziani).

L'intervento psichiatrico in questi ultimi anni si sta modificando: i modelli tipici, cioè quello in ambiente ospedaliero e nello studio privato del professionista, vengono affiancati sempre più da altri tipi di intervento fatti spesso da un'équipe pluridisciplinare specializzata (assistente sociale, psichiatra, psicoterapeuta, psicologo, sociologo), in nuove forme di istituzione (centri di profilassi ed igiene mentale, consultori familiari, équipe psico-pedagogiche, ospedali diurni, micro-comunità, ecc.).

Questo discorso, ormai scontato nei grossi centri urbani, è ancora agli inizi nelle zone dove io mi trovo ad operare e dove i servizi sanitari e psico-socio-assistenziali si stanno lentamente organizzando alla luce del processo di trasformazione a livello legislativo nazionale.

La mia comunicazione, dunque, vuole riferire il risultato di alcuni mesi di lavoro svolto presso il servizio psico-pedagogico della valle. È opportuno a questo proposito tracciare a brevi linee quello che è stato

l'intervento fatto nella Valsesia che riflette, anche se con un certo ritardo, la politica di intervento medico-psicologico per i ragazzi in età scolare su tutto il territorio nazionale.

Il servizio di medicina scolastica per molti anni ha sempre previsto interventi puramente igienico-sanitari e solo negli ultimi dieci anni è andata definendosi la costituzione di équipes medico-psico-pedagogiche formate da psicologo, neuropsichiatra infantile, assistente sociale ed eventuali altri operatori. In Valsesia l'intervento psicologico nella scuola risale a soli quattro anni fa. In precedenza se un bambino necessitava di un intervento specialistico veniva per lo più inviato ad un servizio di neuropsichiatria infantile di una provincia o regione vicina dove si procedeva ad una serie di esami clinico-psicodiagnostici che dovevano per necessità prescindere dalla conoscenza dell'ambiente di vita del bambino, dal contesto scolastico, dall'approccio con l'insegnante. Le uniche persone che potevano essere raggiunte dagli specialisti erano i genitori che accompagnavano il ragazzo e, se per questi fosse stato necessario un certo numero di visite specialistiche, si doveva per lo più rinunciare a causa delle non indifferenti distanze chilometriche e spesso per gli oneri economici. Gli specialisti erano quindi costretti a dare delle indicazioni di trattamento molto generiche che risultavano per lo più insufficienti e il ragazzo poteva anche venire progressivamente scoraggiato fino ad abbandonare la scuola o affidato a classi differenziali.

Di fronte a questi problemi, arrivando anche alla periferia l'eco delle esperienze iniziate nelle città dove già si erano costituite équipes medico-psico-pedagogiche secondo i criteri indicati dal Ministero della Pubblica Istruzione, anche la Comunità Montana della Valsesia propose l'organizzazione del servizio psicologico assumendo come consulente lo psicologo che doveva lavorare in collaborazione con l'assistente sociale nei Comuni dove c'era tale operatore.

I circoli didattici della zona sono molto ampi non tanto dal punto di vista del numero degli utenti quanto da quello territoriale, comprendendo numerosi paesi sparsi nelle valli montane, alcuni irraggiungibili durante certi periodi invernali. Non si voleva escludere a priori tali luoghi decentrati ma l'intervento fu lì, per necessità, talmente scarso che si dimostrò praticamente inesistente generando lo scontento dell'utenza e lo sconforto della psicologa che si vedeva costretta a correre da un capo all'altro della valle, distogliendo ore di lavoro là dove l'intervento poteva essere più organizzato.

Qui il servizio fu in pratica incentrato solo su alcuni bambini che venivano segnalati dall'insegnante, che richiedeva l'intervento della psicologa.

Nelle cittadine più popolate l'intervento psico-pedagogico venne fatto in modo organizzato.

Si iniziò il lavoro con incontri individuali con le insegnanti per rilevare le esigenze della classe e dei singoli bambini, si fecero riunioni con i genitori per informarli del nuovo servizio, illustrarne le finalità e chiedere la loro collaborazione. Si passò in seguito all'intervento vero e proprio nella scuola con l'esame psicologico individuale del bambino, osservazioni individuali e di gruppo, incontri con i genitori e continui confronti con le insegnanti.

Sappiamo ormai tutti che un disturbo psichico non va mai esaminato solo nel soggetto che lo manifesta perché, essendo spesso condizionato dall'ambiente circostante, va messo in discussione tutto l'insieme delle relazioni che il soggetto vive e cioè le relazioni del soggetto con se stesso, con gli altri, con il mondo e, in età scolastica elementare, in modo particolare le relazioni familiari. L'esame del bambino, quindi, non ci deve dare solo indicazioni sul suo sviluppo psico-intellettuale, sui suoi interessi, i suoi desideri, le sue reazioni emotive, ma ci deve anche indicare il suo modo di porsi nei confronti degli altri, in modo particolare nei confronti dei familiari.

Emerse così chiaramente che in alcuni casi il bambino viveva in un ambiente particolarmente disturbato a causa di situazioni conflittuali esistenti nella coppia dei genitori o per problemi di un genitore singolo, come sembrava evidenziarsi nei colloqui informativi che lo psicologo aveva avuto con i genitori.

Ci furono poi alcuni casi in cui un genitore (e furono sempre e solo madri) dichiarò apertamente di avere sintomi psicopatologici e che temeva di influenzare negativamente i propri bambini.

Si rese così opportuna la presenza nell'équipe scolastica di un altro operatore, lo psichiatra, per così dire "per adulti", che intervenisse su alcuni genitori su indicazione della psicologa.

La mia presenza diventava quindi necessaria per mediare l'intervento della psicologa sul genitore; la presa in carico del genitore diventava indispensabile per poter aiutare il bambino, per cui il trattamento psicologico per il bambino si trasformava in un trattamento mediato attraverso il genitore con l'intervento dello psichiatra e rimaneva un trattamento diretto sul bambino con la psicologa.



Il mio lavoro aveva quindi lo scopo di intervenire direttamente sul genitore, agendo sul suo nucleo patologico, di agire indirettamente sul bambino, analizzando col genitore il rapporto genitore-figlio e di indicare eventuali correzioni al modello educativo che il genitore utilizzava con il figlio.

Come dice Bornemann nel suo articolo sulla funzione dei consultori pedagogici nella psicoterapia infantile, il colloquio di consulenza ha non raramente lo scopo di mutare l'atteggiamento dei genitori nei riguardi del bambino, insegnare loro a vedere a fondo in alcune situazioni nevrotiche della loro vita familiare, liberarli da un'eccessiva confusione di sentimenti per trovare la forza di distanziarsi, per imparare ad attenuare e regolare le influenze negative dell'ambiente sull'educazione. A volte dovrà essere scopo della consulenza condurre i genitori a comprendere la necessità che essi stessi si sottopongano ad un trattamento terapeutico.

L'intervento si allargava quindi naturalmente per alcuni casi particolari, si creava un sistema di comunicazione tra i diversi componenti dell'équipe e gli elementi della famiglia.

La psicologa prendeva in esame direttamente il bambino, teneva stretti collegamenti con l'insegnante e colloqui informativi con i genitori, in genere un colloquio individuale e alcuni incontri di gruppo su problemi riguardanti per lo più l'educazione del bambino. La psicologa non approfondì mai personalmente i problemi patologici che aveva riscontrato nel genitore, che veniva invitato a rivolgersi all'altro operatore, cioè a me che a mia volta, dopo una prima visita informativa, verificavo la necessità o meno di prendere in trattamento il soggetto.

Tra me e la psicologa ci fu sempre una stretta collaborazione per controllare vicendevolmente i risultati conseguiti e per eventuali modificazioni della direzione da prendere nei nostri interventi terapeutici a seconda dei problemi più rilevanti che genitore e figlio presentavano in un dato periodo.

Io ho qui sempre parlato di genitori, ma in realtà sarebbe più preciso parlare di madri. La psicologa aveva avuto colloqui spesso con entrambi i genitori, anche se prevalentemente con la madre; io presi invece contatto sempre e solo con la madre, non perché questa fosse sempre l'elemento più patologico della coppia, ma perché fu l'unica ad accettare di approfondire i problemi per motivi in parte contingenti e in parte da riferire a dinamiche psicologiche ben più complesse, che non è qui il caso di approfondire, che in genere differenziano l'uomo dalla donna nel loro modo di porsi di fronte all'intervento del tecnico, sia esso

medico o psichiatra o psicologo, (nei casi seguiti la madre era più libera da orari fissi di lavoro, più disposta a riconoscersi “malata” e ad andare dal medico).

Chiaramente il numero degli interventi fatti (attualmente una decina) è troppo limitato e non mi consente di dedurre delle conclusioni generali valide per la maggioranza della situazione.

Le linee terapeutiche assunte, evidentemente diverse per ogni singolo caso in base alle differenze individuali del soggetto, mi permettono di differenziare due tipi di intervento, quello rivolto alla madre con gravi disturbi psicologici di tipo francamente psicotico e quello rivolto alla madre con problemi di tipo nevrotico, dove il rapporto con la realtà era ben conservato anche se molto disturbato.

A scopo esemplificativo presento quindi due casi per trarne alla fine alcune considerazioni.

## I CASO

Donna di 31 anni. Si descrive molto vivace nei primi anni di vita. All'età di 6 anni venne messa in un collegio di suore, dove rimase fino agli 11 anni quando finì le scuole elementari che aveva seguito con buon profitto. Avrebbe voluto continuare a studiare ma i genitori non ne vedevano l'opportunità. Si è sempre sentita molto sola e trascurata dai genitori che hanno sempre lavorato molto. I genitori facevano i venditori ambulanti e la ragazza ben presto incominciò a seguirli nei mercati, fino all'età del matrimonio (23 anni).

Sembra che la madre fosse una persona particolarmente fragile e sottomessa al marito, il padre un tipo piuttosto reattivo. I conflitti fra i genitori erano molto accentuati (più volte il padre aveva minacciato la madre con il coltello).

La sua adolescenza trascorse con i genitori con cui non ebbe mai una vera comunicazione e con alcune compagnie di amici con i quali i rapporti erano molto superficiali. La paziente voleva ben comparire, aveva desideri ambiziosi, avrebbe voluto essere più agiata e così cercava di apparire nei confronti degli amici. Cambiava frequentemente amicizie, frequentava sale da ballo e bar, amava vestirsi con eleganza.

Verso i 19 anni conobbe un ragazzo di 21 anni col quale fece seri progetti di matrimonio. Ebbe con lui rapporti sessuali che la paziente ricorda come soddisfacenti a differenza degli attuali, poi il ragazzo se ne andò con un'altra amica della stessa compagnia.

Quasi la stessa vicenda si verificò due anni dopo, ma questa volta fu la ragazza che se ne andò per sposare l'attuale marito, conosciuto in una sala da ballo, con cui rimase fidanzata per poco più di un anno.

Il marito, coetaneo della moglie, è un tipo molto concreto, lavora come capo officina in una carrozzeria.

La moglie dopo il matrimonio iniziò a lavorare come operaia in una maglieria, lavoro che tiene tutt'ora. La paziente ha due figli rispettivamente di 4 e 6 anni. Fu proprio la primogenita che venne seguita dalla psicologa perché presentava difficoltà di apprendimento, labilità di attenzione, a volte reazioni aggressive o depressive con isolamento dal gruppo scolastico, pur avendo una dotazione intellettuale normale.

Dagli esami psicologici individuali che la psicologa fece sulla bambina si evidenziarono delle situazioni conflittuali a livello della coppia genitoriale e dal colloquio che la psicologa ebbe con la madre fu subito evidente la necessità di intervenire almeno su di lei.

Quando incominciai ad occuparmi della signora, ella stava passando un periodo di vera crisi psicotica. Lo stato d'ansia era notevole, espresso anche nella mimica e nella gestualità.

Evidenziò subito sensi di colpa a contenuto sessuale legati alle relazioni avute prima del matrimonio (ebbe anche un'interruzione di gravidanza); si sentiva una moglie e una madre inadeguata. Si sentiva incapace di educare i figli (evidentemente si sentiva in colpa per i problemi presentati dalla primogenita), diceva di essere innamoratissima del marito, che il marito era buono, paziente e intelligente, che tutto andava bene tra di loro, ad esclusione del fatto che ella non provava più interesse nella relazione sessuale, ma non aveva il coraggio di dirlo al marito perché temeva che questi si cercasse un'altra donna.

La sua frigidità era vissuta come un castigo di Dio per la sua giovinezza un po' turbolenta.

I disturbi della donna si erano accentuati da circa un paio di mesi, da quando cioè era andata ad interpellare una chiromante.

La paziente temeva di essere incinta e mi disse che appena si trovò di fronte a quella donna avvertì l'inizio delle mestruazioni. La chiromante comunque fece tutti i suoi riti e le fece ingerire delle pastiglie per poter avere le mestruazioni.

Ma l'angoscia della paziente era legata al fatto che se ella avesse avuto le mestruazioni soltanto dopo aver preso le pastiglie, sarebbe stato come se avesse fatto un aborto e quindi ucciso un bambino e quindi fatto un gravissimo peccato e il diavolo l'avrebbe invasa e in caso di morte sarebbe finita all'inferno.

Già in precedenza, consultata la stessa chiromante, questa aveva dichiarato di vedere “fuoco nel suo futuro” e la paziente pensò appunto o che sarebbe morta bruciata in un incidente d’auto oppure che sarebbe morta in un altro modo e sarebbe finita all’inferno.

Il quadro poco per volta di completò e anche si complicò nel corso dei colloqui durante i quali la paziente, man mano che riusciva a stabilire un rapporto di fiducia nei miei confronti, mi offrì gli elementi per ricostruire quanto ho riferito in precedenza.

Emersero anche fenomeni di tipo dispercettivo con allucinazioni visive e uditive. Fu necessario impostare anche una terapia psicofarmacologica e, poco per volta, riuscendo ad incidere sullo stato d’ansia che era stato il primo disturbo comparso e sull’ideazione delirante, fu possibile in parte riordinare le grosse problematiche della donna.

Dovetti sempre sforzarmi per mantenere un rapporto di comunicazione che era sempre difficile perché la signora era continuamente “in fuga”, per così dire, proprio perché i suoi problemi erano tali e i suoi meccanismi di difesa così fragili che ella frequentemente non era in grado di reggere alla situazione e, lasciandosi sommergere dall’angoscia, non riusciva quasi mai a mantenere un rapporto adeguato con la realtà.

I suoi sintomi psicotici erano senz’altro insorti precocemente nella sua vita ma ella non permise mai una ricostruzione attendibile del suo passato e troppi erano gli elementi di commistione tra il materiale delirante, immaginativo e reale.

Io dovevo pormi sempre in una condizione di estrema attenzione perché avvertivo che la crisi poteva esplodere da un momento all’altro e per questo quasi sempre ho dovuto assumere un atteggiamento di grande comprensione per poter contenere l’angoscia della paziente che ricercava con me un rapporto che continuamente la rassicurasse.

Anche da alcuni tests a cui la paziente fu sottoposta si ebbe la conferma di ciò che si evidenziava al colloquio psicoterapeutico: una buona intelligenza che però era frequentemente turbata da interferenze emotive, un pensiero impreciso e disordinato incapace di arrivare direttamente al centro dei problemi, lo sforzo di ben apparire di fronte al terapeuta cercando un legame rassicuratorio, la mancanza di sicurezza interiore e grossi sentimenti di inferiorità legati alla mancanza di esperienze familiari primarie gratificanti, un rapporto turbato con la figura materna e conflitti con la figura maschile (percezione disturbata dell’immagine paterna che si è poi riproposta in tutte le altre relazioni con l’altro sesso e in modo particolare col marito); l’incapacità di

realizzare una comunicazione interpersonale con assenza di contatto sociale, la possibilità di agire in modo irresponsabile, con debole controllo dell'emotività, con elementi fortemente aggressivi sia verso se stessa (in passato aveva fatto anche un tentativo anticonservativo) che verso gli altri, legati al suo desiderio di farsi valere.

Il mio intervento, attualmente ancora in corso, in questo caso si è concentrato quasi esclusivamente sui problemi (qui francamente patologici) della madre. Passando ad analizzare la relazione madre-figli che logicamente si presenta problematica, poiché questo fatto ripropone continuamente l'inadeguatezza della paziente, devo procedere in modo molto cauto attendendo che migliori ancora l'autostima della donna, attenuandosi i sensi di colpa e di inferiorità, prima di impegnarla in prima persona a modificare alcuni atteggiamenti pedagogici nei confronti dei figli.

La sua instabilità emotiva, la sua impulsività, la sua insicurezza, non le permettono di essere un buon modello di identificazione per i figli, né un'educatrice equilibrata; d'altra parte l'intervento psicoterapeutico che, come dice Dreikurs "è rivolto ad ottenere un mutamento nell'intera struttura della personalità e un miglioramento del fondamentale atteggiamento nei riguardi della vita", si presenta qui ancora molto lungo anche se seguo la paziente da circa otto mesi.

Per controbilanciare in parte la situazione patologica della madre, la figlia venne presa in psicoterapia dalla psicologa che segue una corrente psicoterapeutica diversa da quella adleriana, confermando ancora una volta, se mai ce ne fosse bisogno, la possibilità di collaborazione tra operatori che seguono scuole con metodologie differenti.

## II CASO

Donna di 26 anni, molto graziosa, con lunghi capelli biondi, magra, molto ben curata, casalinga, coniugata, madre di due figli di 7 e 2 anni e mezzo. Prese il diploma di terza media con ottimi risultati e poi seguì un corso di stenodattilografia. Lavorò presso un'agenzia assicurativa, poi si licenziò perché il datore di lavoro la importunava.

A 17 anni andò a lavorare in fabbrica per un anno come operaia. Si sposò a 18 con un ragazzo di 20 anni allora in servizio militare. Ebbe tre figli, ma il secondogenito morì in epoca neonatale.

I suoi disturbi iniziarono durante la terza gravidanza; incominciò ad avere paura ad uscire di casa, ad essere sempre in stato d'allarme,

preoccupata in modo particolare che potesse capitare qualcosa ai bambini, specialmente quando i figli erano fuori solo con il padre, paura di svenire, ronzii auricolari, eccessive sudorazioni, depressione d'umore, insonnia mattutina.

Conobbe il marito in giovane età e consentì ad avere rapporti sessuali con lui "per farlo contento, perché lui ci teneva tanto".

Rimase incinta quando il ragazzo aveva da poco iniziato il servizio militare. Si sposarono, contro il parere della madre di lui, e la ragazza rimase con i propri genitori mentre il marito completava il servizio militare.

Alla fine anche il marito raggiunse la moglie dai genitori di lei e solo dopo un po' di mesi decisero di andare a vivere per proprio conto perché i rapporti tra i due gruppi familiari erano troppo tesi.

Quando la signora iniziò a venire in terapia da me mi dichiarò che il legame con il marito era molto teso. Dichiarò che c'era troppa differenza tra il periodo del fidanzamento, quando il marito si dimostrava affettuoso e pieno di premure, ed ora che era diventato aggressivo e pignolo. Disse di volergli ancora bene, ma senza entusiasmo.

Anche i rapporti sessuali avvenivano con scarsa partecipazione da parte sua, dovuta anche al timore di un'altra gravidanza (la paziente decise poi di seguire una terapia anticoncezionale).

Le discussioni quasi continue fra i coniugi erano motivate, secondo la moglie, da diversità di impostazione nell'educazione dei figli (più rigido il padre, più permissiva la madre) e soprattutto dal fatto che il marito manifestava apertamente di essere più legato al secondogenito e di essere molto più rigido con la bambina.

Approfondendo le notizie sulla famiglia di origine della paziente si chiarirono le dinamiche psicologiche all'interno del gruppo.

La madre era una persona piuttosto reattiva, brontolona, che manifestava bisogni di vita elementari, molto curiosa, impositiva; il padre era più dolce, più disponibile, più intelligente; era però sempre lui che si adattava al carattere della madre anche se i contrasti a causa delle differenti personalità erano frequenti.

La signora si dimostrava molto dipendente dai genitori e in modo particolare dal padre, non essendo ancora riuscita ad autonomizzarsi, era impreparata ad affrontare una vita "da adulti". È stato il padre ("il mio papà") che l'aveva accompagnata a chiedere al futuro marito se l'avrebbe sposata, che le era stato vicino quando ella partorì la primogenita. Il legame non risolto con il padre aveva impedito di instaurare una relazione matura con il marito; d'altra parte la sua immaturità le

impediva pure di instaurare una valida relazione anche con i figli, in modo particolare il legame con la bambina era vissuto identificandosi con lei che era la bambina reale, attivando quindi meccanismi di invidia inconscia verso la figlia che era la preferita del nonno.

Questi aspetti poi mi sono stati anche confermati dagli esami psicologici e dai colloqui che la psicologa ha avuto con la bambina. La signora di sforzava di apparire controllatissima, parlava del suo fallimento matrimoniale quasi con scarsa partecipazione emotiva, la sua ansia era espressa quasi solo somaticamente in imponenti sudorazioni delle mani che erano completamente bagnate e la obbligavano talvolta a interrompere il colloquio per andare a lavarsi. Al di sotto di questo apparente controllo, si nascondevano grosse valenze aggressive, ostilità nei confronti degli altri, una certa aridità interiore che la donna compensava con la cura esterna della propria persona, un carente equilibrio emotivo. Mi sforzai quindi di far emergere poco per volta i sentimenti rimossi, di chiarire i rapporti infantili che avevano molto disturbato la sua crescita psicologica. La paziente all'inizio si difendeva negando certe mie interpretazioni che però iniziai solo dopo che il mio legame con lei si era ben consolidato, perché temevo che, se fossi stata intempestiva, ella avrebbe certamente abbandonato la terapia. Poco per volta ella acquistò la forza di criticare se stessa, di analizzare e mettere in discussione i suoi comportamenti, mi sforzai in modo particolare di farle distinguere i sentimenti provati verso il padre da quelli provati verso il marito, dimostrandole come il marito era sempre confrontato inconsciamente col padre e che proprio la sua immagine ideale del padre intralciava notevolmente la presa di contatto reale col marito.

Venne analizzato in modo particolare il rapporto madre-figli evidenziando come ella a sua volta riproponesse all'inverso quanto rinfacciava al marito. Affermava che non bisogna fare discriminazioni tra i figli come faceva il marito, ma poi in realtà ella era più legata alla figlia (il bambino era anche nato da una gravidanza non voluta e fu necessario un po' di tempo prima che la madre lo accettasse). Il suo essere "più vicina" alla figlia era in realtà un modo di amare se stessa e il mettere a nudo questi sentimenti fu fatto con molta cautela per evitare di riacutizzare sensi di colpa e di inadeguatezza che erano sempre latenti e che la paziente tendeva a proiettare sugli altri, in modo particolare sul marito.

In questo caso potei poi anche impegnare la madre ad assumere una parte attiva nella modificazione del modello educativo dei figli, per evitare gli errori e il pericolo, evidenziati da Adler, di usare il bambino come una pedina nella lotta personale fra i genitori e di non poter così

educare il bambino alla cooperazione. Insistetti in modo particolare sull'incoraggiamento come una condizione essenziale, come dice Dreikurs, per poter migliorare il comportamento della bambina che aveva presentato a scuola una scarsa capacità di apprendimento, nettamente inferiore alle sue possibilità.

Le direzioni seguite nei miei interventi sono state dunque tre principalmente, come ho già in precedenza riferito:

- 1) analizzare le dinamiche psicologiche della madre
- 2) analizzare il rapporto madre-figli
- 3) suggerire e far mettere in pratica alla madre delle condotte pedagogiche secondo le linee della psicologia individuale.

Questi tre punti vennero più o meno perseguiti a seconda della situazione affrontata, in modo particolare il terzo punto fu meno attuato nei casi di patologia francamente psicotica nei quali non sono quasi mai riuscita ad impegnare in un compito pedagogico la madre che appena era in grado di ricomporre il proprio "Io" frammentato.

Queste esperienze ci indicano che non possiamo più pensare di intervenire solo sul bambino. Infatti, se nei casi in cui sono stati presi in terapia simultanea sia la madre che il figlio (Esempio n. 1) non possiamo dire in qual misura il miglioramento del bambino sia dovuto alla terapia diretta su di lui piuttosto che a quella della madre, nei casi in cui è stata praticamente presa in terapia solo la madre (Esempio n. 2), posso dire che l'insegnante ha riscontrato un effettivo miglioramento negli atteggiamenti del bambino, verosimilmente riferibili all'attenuazione dei disturbi della madre e al conseguente miglioramento del rapporto madre-figlio.

Bisogna inoltre ricordare che il mio intervento è stato fatto all'interno di una istituzione pubblica, dove l'utente poteva essere visto non più di una volta la settimana e dove egli non aveva scelto il terapeuta, ma aveva solo accettato quello che gli era stato proposto dal servizio; inoltre il servizio era gratuito per il paziente e sembrava che questo fatto lo rendesse talvolta meno impegnato nel colloquio e anche meno libero di interrompere il trattamento se non era troppo soddisfatto dall'operatore, quasi sentendosi obbligato verso di lui per la gratuità degli interventi; d'altra parte era proprio per questo possibile offrire un servizio senza discriminazioni economiche.

È importante ancora ricordare la necessità che le équipes psicopedagogiche comportino la presenza di un operatore anche per gli adulti per i casi in cui riscontra (e sono, ahimè, sempre più frequenti) che in essi



sta una delle cause dei disturbi del bambino e la necessità e la possibilità di una stretta collaborazione tra operatori anche con indirizzi diversi.

È evidente che il nostro lavoro diventa sempre più articolato, ma è solo con la distribuzione dei compiti, la specificità di interventi e la loro coordinazione che è possibile ottenere dei risultati positivi.

#### BIBLIOGRAFIA

ADLER "Teoria e prassi della psicologia individuale", Newton Compton Ed.

ADLER "Che cos'è la psicologia individuale", Newton Compton Ed.

DREIKURS "Psicologia in classe", Giunti Barbera.

DREIKURS "I bambini - una sfida", Ferro Edizioni.

DREIKURS - CASSEL "Disciplina senza lacrime", Ferro Ed.

BIERMAN "Trattato di psicoterapia infantile", Piccin Ed.

EZIO F. CASARI \*

CONSIDERAZIONI IN CHIAVE ADLERIANA SULLA  
PSICOTERAPIA A INDIRIZZO PSICOANALITICO  
CONDOTTA CON UN ADOLESCENTE.  
ANALISI E CONFRONTO DELLE DUE MODALITÀ  
INTERPRETATIVE

L'esigenza di scambiare opinioni, e di trovare la collaborazione tra psicoterapeuti di scuole diverse, si manifesta soprattutto quando si presentano situazioni eccezionali, alle quali nessun modello, per quanto duttile, appare applicabile.

Da qui la crescita di esperienze "interanalitiche" che non significano "confronto" competitivo, ma tentativo di mettere al servizio del paziente un metodo che una persona da sola può non essere in grado di elaborare; anche se ovviamente il rapporto terapeutico dovrà sempre rispettare il criterio di una precisa dualità operativa: paziente-analista.

Il caso che desidererei esporre presenta alcune peculiari caratteristiche che fanno sì che esso si presti alle più ampie discussioni, sia sulla attività psicoterapica formalmente svolta, sia sulla teoria ispirante un modello di approccio scelto nel contesto specifico.

Si tratta di una psicoterapia che abbraccia un arco di tempo di circa sedici mesi e che si svolge con un setting particolare, raramente descritto in letteratura.

Il paziente, affetto da una Leucemia Linfoide Acuta (L. L. A.), viene nel continuum della terapia ospedalizzato innumerevoli volte. Vedremo poi come questo dato di fatto, lungi dal complicare o rompere il rapporto, informerà l'analisi, tanto da divenire mezzo per meglio comprendere e chiarificare il particolare modello nevrotico.

Michele nasce nel 1964 da una famiglia del tutto particolare: il padre, operaio altamente specializzato, nei suoi frequenti viaggi all'estero per lavoro, conobbe una tecnica bulgara che, trasferitasi poi a

---

\* Ass. Inc. Istituto di Psicologia della Facoltà di Medicina, Univ. di Genova.

Milano qui nel '64 mise al mondo Michele; poco dopo non le venne rinnovato il permesso di soggiorno e, nonostante tutti i tentativi del padre di Michele, ebbe in pratica appena il tempo strettamente necessario per rimettersi dal parto, e forzatamente dovette ritornare in Bulgaria, lasciando di sua scelta il bambino affidato al padre.

Questi riconobbe legalmente il piccolo e da allora inizia per Michele quella lunga storia che lo porterà attraverso la malattia, diagnosticata nell'ottobre del '70, alle crisi di aperta ribellione del '76 che lo proporranno prima per un accertamento psicodiagnostico e poi per un trattamento psicoterapico.

Come già detto precedentemente, Michele durante tutto l'arco della terapia proposta ed attuata di comune accordo con i medici del reparto di ematologia che lo avevano in cura, fu ricoverato in Ospedale innumerevoli volte; talora per brevi periodi in Day Hospital, altre per periodi più lunghi (due o tre mesi) a seconda del tipo di analisi o di controlli che a mano a mano si rendevano necessari.

Estremamente rigido nel comportamento, poco socievole, Michele tuttavia si muoveva molto a suo agio per tutto il grande labirinto della istituzione, ma era al medesimo tempo estremamente sospettoso e circospetto nell'agire.

Il padre mi aveva riferito come, durante i primi anni, Michele lo avesse quasi costretto ad una sorta di lunga ed estenuante esplorazione di quel labirinto, obbligandolo ad aprire ogni porta che si fosse frapposta al suo voler sapere, voler vedere, e se questi non eseguiva prontamente, Michele vi si gettava contro a calci e pugni fin quando in una maniera o nell'altra essa veniva aperta.

Le ragioni della proposta terapeutica fatta a Michele possono essere così rapidamente sintetizzate:

- rifiuto della terapia medica
- rifiuto degli esami di controllo
- comportamento giudicato "asociale" in reparto, ma in maniera anche più estrema a casa
- continue richieste di ospedalizzazione da parte sua, anche quando i medici di reparto non lo ritenevano opportuno o necessario.

Questi comportamenti apparentemente contraddittori avevano in sé una radice comune, che solo attraverso il lavoro analitico di circa sedici mesi poté essere portato alla luce.

Trovatosi solo con un neonato da allevare, il padre di Michele si mise d'accordo con una donna che venne a convivere con lui e dietro compenso iniziò ad occuparsi di Michele come una mamma; "non gli

faceva mancare nulla - dirà poi il padre - anche se, si sa, non era la mamma”.

Con il passare del tempo il rapporto tra la donna e il padre del ragazzo si trasformò in un legame e, dopo alcuni anni, essa rimase incinta e mise al mondo un figlio, per il quale naturalmente si prodigò in tutt'altra maniera che non per Michele.

È proprio di questo periodo la decisione del padre di inviare Michele da una sua sorella a Roma, dove avrebbe dovuto iniziare nell'ottobre del '70 a frequentare la scuola elementare.

A settembre Michele, che aveva bene accettata la proposta, cominciò a lamentarsi di dolori alle ossa; era presente un febbricola, il bambino deperiva rapidamente tanto che venne ricoverato per la prima volta in un ospedale; venne fatta diagnosi di L. L. A. ed iniziò il lungo iter di terapie, controlli e cure che legheranno sempre di più il bambino al suo reparto e sempre meno alla donna che gli faceva da madre.

In questo periodo avvengono alcuni episodi che ci possono aiutare a comprendere un poco di più la psicologia di Michele: egli segue quando non è in cura il padre nei suoi numerosi viaggi per l'Europa e per ben due volte, una da Parigi, l'altra da una cittadina vicino a Bonn, lo costringe a un rientro precipitoso per un "controllo" perché il suo cuore gli faceva male oppure perché non si sentiva più in forze.

Nel contempo è sempre più costretto a prendersi da solo la responsabilità della chemioterapia che deve seguire a casa, visto che la madre non si sente in grado di gestire in alcun modo (a questo proposito Michele ricorderà durante l'analisi di aver sentito più volte la madre dire "povera me, come farò, non mi ricordo più quali pillole deve prendere adesso").

Il primo approccio venne impostato come una attività di counseling, l'unica per altro possibile nel tipo di realtà strutturale istituzionale e, solo in un secondo tempo, di comune accordo con il ragazzo, poté trasformarsi in un vero e proprio rapporto terapeutico.

Una delle prime situazioni che furono individuate e discusse come più immediate è senza dubbio il problema scuola.

Michele nel suo continuo peregrinare per l'Europa e fuori e dentro l'ospedale, si trovava a frequentare a 13 anni una regolare terza elementare, il che era origine di una grossa fetta di quella aggressività che egli poi esprimeva soprattutto nei confronti della madre sostitutiva.

Con l'aiuto delle assistenti sanitarie dell'ospedale, Michele poté dare gli esami integrativi e presentarsi all'esame di quinta elementare che, per il suo buon livello intellettuale, non ebbe difficoltà a superare.

Attraverso l'uso delle risposte complessuali al test di Rorschach secondo il metodo suggerito da Shaffer e Rapaport, si poté passare con relativa facilità ad una interpretazione dei suoi vissuti inconsci e soprattutto ad una prima identificazione dei suoi bisogni emergenti che, insieme alla analisi del suo algoritmo comportamentale, secondo il modello di Lacan, formarono la chiave di volta dalla quale si sviluppò il lavoro terapeutico vero e proprio.

Michele si trovava a vivere una ambigua situazione che ci riporta direttamente all'analisi del significato simbolico (dei fatti, dei riferimenti, dei personaggi) come è svolta ne "il seminario sulla lettera rubata" da J. Lacan (in Scritti, Einaudi, Torino 1974).

Egli deve trovare un contenitore (Bion) che sia in grado di trattenere tutto l'amore che egli ha sempre dovuto rivolgere su di sé narcisisticamente, per l'assenza di un valido oggetto d'investimento.

L'unica soluzione che gli pare accettabile per tentare di ricostruire quella diade madre-bambino che egli non è mai riuscito ad esperire è di riversare tutte le sue richieste ed i suoi bisogni sulla istituzione.

Qui mi pare possiamo cominciare a parlare di desiderio della istituzione e della conseguente istituzione del desiderio.

La figura paterna, come appare nel Rorschach e come via via si delinea durante l'analisi, è vissuta come onnipotente, inattaccabile, irraggiungibile, tanto da sembrare il prototipo di quel padre-edipico che viene raccontato ma mai trovato nella quotidiana realtà del lavoro terapeutico.

L'istituzione si presta dunque magnificamente per Michele a far da polo di riferimento per le sue ansie abbandoniche e per la sua insicurezza, ingigantite dalla cassa di risonanza e nello stesso tempo struttura portante, scheletro del suo vivere quotidiano, che è la sua malattia inguaribile, dalla quale però egli riesce a sfuggire mentre vede letteralmente morire accanto a sé tutti gli amici che, durante i lunghi anni di corsia, ha imparato a riconoscere.

È ancora la malattia che si fa quasi segno distintivo, privilegio che gli permette cose insperate nei confronti di questo padre irraggiungibile, che però egli riesce finalmente a piegare ai suoi voleri, ai suoi ghiribizzi proprio attraverso di essa.

Attraverso una sorta di regressione e fissazione tutte le valenze e i bisogni saranno proiettati sulle strutture immobili, gerarchicamente stabili ma proprio per questo sicure, incrollabili, che danno fiducia.

Recentemente ne "Il piccolo Hans" n. 15, 1977, Silvia Veggetti Finzi proponeva, trattando un simile tema, alcune analogie: "Quando

Reich in "Psicologia di massa del fascismo" (Sugar, Milano, 1970) sostiene che le masse non sono state ingannate, ma che in un momento della loro storia hanno desiderato il fascismo, quando reclama che ci si interroghi sulla perversione del desiderio gregario, non allude forse a qualcosa di simile? "Anche le forze più mortifere e repressive della riproduzione sociale - scrivono Deleuze e Guattari - sono prodotte dal desiderio". (L'anti-Edipo, trad. it. Einaudi, Torino, 1975).

Nel nostro caso la presa in gestione, da parte della Istituzione, del bisogno da lei suscitato in Michele e la sua finalizzazione ad una migliore costituzione del suo essere.

Michele ha desiderato l'istituzione a tal punto che il suo desiderio ne è stato istituzionalizzato, prima attraverso la malattia, poi attraverso il suo comportamento, che viene sempre più avvertito come deviante e quindi sempre più da "curare" nel senso di M. Foucault ("La nascita della Clinica, Storia della Follia", Garzanti, 1976).

L'intervento psicoterapeutico è stato, a questo punto, volto a comprendere e chiarificare l'agire di Michele nel suo mondo, attraverso uno scambio di continue impressioni, situazioni, tra i due nuovi poli che si erano costituiti (il terapeuta e il suo paziente), per arrivare ad una elaborazione comune di un nuovo modello di intervento, nella realtà estrapolata dal mondo del fantastico, patrimonio comune che si era venuto a creare attraverso il lavoro a due.

L'interruzione dell'analisi, dovuta al trasferimento per ragioni di lavoro del padre di Michele in un'altra città, ha in parte nuovamente riproposto le antiche problematiche nei confronti della madre sostitutiva, che il ragazzo ha ritenuto di risolvere attraverso una sua esplicita richiesta di una nuova istituzionalizzazione, questa volta in un collegio come allievo interno.

Il mondo dell'immaginario prende quindi nuovamente campo nei confronti del reale e il significante è "ciò che rappresenta il soggetto per un altro significante" come sostiene Lacan.

Michele ha ora però in mano uno strumento: l'esperienza dell'analisi che gli permetterà, se non già nell'immediato, di far sempre più da sé, ricostruendo un algoritmo il più economicamente conveniente.

L'interpretazione in chiave adleriana avviene a posteriori attraverso il dialogo che due analisti avviano tra loro. Nella condotta del caso non vi sono state interferenze.

Secondo la psicologia individuale, al centro del problema di Michele sta un bisogno di sicurezza, tanto normale quanto inappagato.

La mancanza della madre non è stata mai adeguatamente compensata.

Il padre non ha potuto ricoprire, quanto era necessario, i ruoli materno e paterno.

Il bambino, intellettualmente ben dotato, ha comunque elaborato un apparato di sicurezza che si è venuto a trovare al centro del suo piano di vita. Le persone reali ruotavano e si avvicendavano intorno a lui.

Nessuno era presente in maniera sufficientemente stabile, così da appagare l'esigenza di stabilità di Michele.

Ad un certo punto della vita del bambino comincia a presentarsi un fenomeno che ha tutta l'apparenza della "definitività": la malattia.

L'ancoraggio all'esistenza è conflittuale: malattia come evento costante, e quindi in grado di rafforzare l'apparato di sicurezza, ma anche come evento che mette in pericolo la vita; già qui si delinea una sicurezza assai carica di angosce.

L'istituzione ospedaliera è quella che può difendere dal rischio della morte e che ha una sua propria caratteristica di continuità nel tempo, che la rende assai più affidabile della figura paterna o di quella della donna che per un po' gli ha fatto da madre.

Il bisogno di sicurezza esasperato, dal quale lo stile di vita neurotico del ragazzo ha preso spunto, lo induce ad adottare un atteggiamento ossessivamente manipolante nei confronti di ciò che lui avverte come la cosa più stabile: la stessa istituzione ospedaliera.

A questo si collegano i suoi improvvisi desideri di essere ricoverato e gli altrettanto improvvisi atteggiamenti di rifiuto della cura.

Tutto deve essere direttamente gestito da lui.

In questo si configura l'esplicazione di una volontà di potenza intensissima ed inadeguata, che diventa sempre più inadeguata quanto più cresce di intensità, poiché non trova alcun supporto nello sviluppo del senso sociale; il bambino non ha avuto, in pratica, occasione di sviluppare questa facoltà, l'ambiente non gliene ha mai offerto la possibilità.

L'analista si è posto nei suoi confronti come figura coerente, disponibile, accentante e costante nel suo esistere.

Ha potuto così rappresentare per Michele "l'ambiente umano" costituito dal reale e dal fantastico.

Il rapporto, il dialogo, convenientemente impostato, conduce, in via naturale, a sperimentare "la prova della realtà" e quindi aiuta a riportare contenuti inconsci nella conoscenza e ad "agire" esperimenti emotivi ancorati al concreto.

L'interpretazione in chiave adleriana concorda con le conclusioni ispirate alla metodologia psicanalitica; rimpiange che l'abbandono non abbia consentito al ragazzo di sperimentare, al livello di consapevolezza che andava acquisendo, una relazione interpersonale "corretta", all'interno della quale avrebbero certamente potuto trovare occasione di mutamento le compensazioni nevrotiche che stanno alla base del suo stile di vita; è mancata cioè la fase ricostruttiva.

Non pretendiamo, con questo tentativo di confronto di metodi interpretativi, di inventare una terza soluzione. Riteniamo però che, da un tale dialogo, possa nascere l'avvio per un coinvolgimento più vasto di coloro che si occupano di "psicologia del profondo" all'insegna di quel "senso sociale" che può trovare una altrettanto adeguata definizione nelle capacità dei singoli e dei gruppi di affrontare "l'esame di realtà".

#### BIBLIOGRAFIA

- ADLER A.: "Über der Nervösen charakter", Bergman, Monaco, 1912.  
 ADLER A.: "Praxis und theorie der Individual Psychologie", Bergman, Monaco, 1920.  
 ADLER A.: "Menschenkenntnis", Hirzel, Lipsia 1926.  
 AJURIAGUERRA: "Manuel de Psychiatrie de l'enfant", Paris, Masson 1974.  
 ALLEARS RUDOLF: "L'adolescenza e l'educazione del carattere", Torino, SEI 1968.  
 BLOS PETER: "On Adolescence: a psychoanalytic Interpretation", New York, The Free Press, 1962.  
 BLOS PETER: "Adolescenza: una interpretazione psicoanalitica", Milano, Angeli, 1971.  
 BOLSER B. H.: "Psicoterapia dell'adolescente", Torino, Boringhieri, 1969.  
 CAPLAN G. LEBOVICI S.: "Problemi psicosociali dell'adolescenza" vol. II, Roma, Armando, 1970.  
 CASTELLO F.: "La volontà di potenza: sua espressione in alcuni casi di anoressia mentale", Riv. Psicol. Ind. 5, 8, 1977.  
 DEUTCH HELENE: "Problemi della adolescenza", Firenze, La Nuova Italia, 1974.  
 FEINSTEIN S. C. GIOVACCHINI P. L.: "Psichiatria dell'adolescente", Roma, Armando, 1970.  
 GESELL A. ILL F. L. AMES L. B.: "Adolescents, Behaviour and development", USA The Dryden Press Illinois, 1970.  
 GINOTT G.: "Adolescenti e genitori", Milano, Garzanti, 1970.  
 GRATITOT A. H. ZAZZO R.: "La formazione de la personalità" Vol. 5°, Da "Trattato di Psicologia dell'Infanzia", Roma, Armando, 1975.  
 LUTTE G. MATTIOLI C.: "Adolescenti d'Europa", Torino, SEI, 1969.  
 MC CANDLESS B. R.: "Adolescenza: dai dieci ai sedici anni", Firenze, Giunti Barbera, 1969.  
 LORAND S. SHNEER H.: "Psicoanalisi dell'adolescente", Torino, Boringhieri, 1969.  
 SHAFFER R.: "L'interpretazione psicoanalitica del Rorschach", Torino, Boringhieri, 1971.  
 SORNOFF: "Personality Dynamics and Development", New York, Willey, 1972.



FRANCESCO M. SCALA

## LE PAURE DEI BAMBINI: SEGUENDO ADLER, LA TECNICA DELL'INTERPRETAZIONE

Nel corso di un programma di assistenza socio-psico-pedagogica si sono evidenziati vari casi di bambini spaventati. Questo ci ha spinti ad esaminare con particolare attenzione le caratteristiche e le evoluzioni delle paure nei bambini, onde identificare le situazioni di base nelle quali esse si erano verificate ed esplorare ed interpretare i comportamenti, attraverso l'analisi delle motivazioni, conscie ed inconscie.

Le "paure", perturbazioni psico-somatiche, prodotte da azioni esterne o percepite come tali e temute, possono caratterizzarsi in tre dimensioni, la somatica, la psicologica e la sociale-pedagogica.

La somatica c'interessa particolarmente sia per l'esame di quei bambini che nascono, come dice Adler, con "poca salute" e considerano il "mondo una valle di lacrime" e "non dimostrano quella gioia dello sviluppo che noi apprezziamo tanto negli altri", sia per le concomitanti reazioni sul piano organico (disturbi psicosomatici, digestivi e cardiovascolari, malesseri, cefalee ecc.) sia per la ricerca delle cause che possono essere correlate a malattie (infettive, febbrili, oppure a intossicazioni, a parassitosi intestinali o ad altre alterazioni metaboliche) e sia ancora per l'associazione ad altri sintomi psicogeni, quali balbuzie, enuresi e così via.

La paura può anche costituire un segno di lesione cerebrale ed in tale condizione può apparire di tipo primario e non avere né per il soggetto né per quanti lo circondano alcuna giustificazione (Zublin - Il bambino difficile).

La componente psicologica ci ha interessato sia per quello stato di tensione, stato di intensa e prolungata sofferenza, che potrebbe avere anche un'origine biologica ma che noi abbiamo visto concretizzarsi principalmente sul piano dell'affettività, e sia per il ruolo che il "vissuto" ha nel processo di formazione della paura.

La tensione psicologica è una delle caratteristiche del fenomeno in esame. Essa, oscillando entro certi limiti e sino ad un certo grado, non è

da considerare patologica. Un momento di particolare necessità di concentrazione, per un avvenimento desiderato, atteso, temuto, porta ad uno stato di tensione che consente, a dirla con Janet, l'adattamento alla realtà delle attività psichiche gerarchicamente più elevate. Ma se essa si espande al di fuori di ogni possibilità di controllo, coinvolgendo l'organismo nelle sue componenti neuro-vegetative e raggiungendo un livello tale da essere considerato insostenibile, essa è da ritenersi patologica.

Il vissuto, il modo come esso è ricordato, la particolare intensità e colorazione emotiva che in esso s'intravede e che da esso deriva nei comportamenti attuali e che influenza i conseguenti processi di adattamento relazionali ci è apparso un importante fattore da interpretare, esaminare e considerare. Psicologicamente è anche stata osservata la ipersensibilità con cui il bambino reagisce alla situazione psichica degli adulti che gli stanno vicini e lo spiccato rapporto di indipendenza dall'ambiente socio-culturale che lo circonda. La paura, quando non vi è nesso di causa ed effetto, quando non corrisponde alla situazione esterna che la provoca, deve essere ritenuta patologica ed in tale visuale può anche diventare paura cronica, organizzata come riflesso condizionato.

La componente sociale-pedagogica si osserva quando il bambino trasferisce il proprio stato di tensione su soggetti o situazioni tratte dall'ambiente circostante, da lui vissuti come minaccianti. Questo processo è particolarmente frequente quando il bambino non si trova, o ritiene di non trovarsi, nella condizione di protezione e di sicurezza che è propria del rapporto equilibrato e ben integrato con l'adulto, su cui si è posta la propria fiducia. Sotto l'aspetto socio-dinamico la paura del bambino può anche essere segno manifesto di una difficoltà di rapporto di comunicazione entro il sistema familiare. Pedagogicamente può evidenziarsi che la tendenza a spaventare i bambini con esseri fantastici o reali per ottenere l'ubbidienza, ancora viva oggi, può essere una delle cause sociali delle paure nei bambini. Per i genitori ricorrere a queste minacce è ripetere da un lato forme, che hanno avuto una presa magico-misteriosa sulle loro fantasie quando erano bambini, e dall'altro è un modo, da essi considerato facilitante, di difesa del ruolo di adulto-genitore.

Le immagini che preoccupano il bambino sono in genere rappresentazioni di paure, di separazione e di distruzione e spesso si materializzano in esseri che hanno il ruolo di spauracchio. Ma ciò che lascia un segno profondo è la disapprovazione, la condanna, l'ostilità, le minacce, che indicano privazione d'amore da parte dei genitori e degli educatori.

In campo sociale-pedagogico si osserva nei bambini portatori di “paure”, anche ed a volte, una alterazione generale di comportamento, come ad esempio isolamento, assoggettamento masochistico a situazioni difficili, modificazioni dell’aggressività sia nel senso di un’attenuazione che di una accentuazione, inadeguate risposte alle regole di condotta e una produttività scarsa nell’apprendimento, con interessi spesso limitati a specifici settori.

Dall’esame di vari casi si è rilevato che genitori ed insegnanti contribuiscono, a volte inconsapevolmente, a scatenare quello stato di angoscia che si indica con il termine “paura”. Tuttavia essi sono anche in condizione di aiutare i bambini a liberarsi delle loro “paure” considerando i momenti che hanno preceduto e determinato la paura, interpretando e analizzando i segni-sintomi di tale stato emotivo, trasformando il fatto scatenante (la paura) in un racconto, instaurando una favorevole atmosfera che li porta ad aprirsi, a parlare dei loro timori, ad affrontare attivamente la difficile situazione emotiva che vivono.

Hertha Orgler, nel suo libro sull’opera di Adler, scrivendo sull’educazione viziata ricorda che per i bambini “provocare ansietà nei genitori può essere un mezzo eccellente per regnare dispoticamente su tutto l’ambiente che li circonda” e per questo possono utilizzare la paura. Riferisce che, se per esempio hanno sentito parlare di ladri, si immaginano che un ladro sia nascosto di notte nelle loro camere. Non riescono a prendere sonno, vogliono la luce accesa, si alzano e corrono nella camera dei genitori. La Orgler racconta di un bambino che si immagina davanti alla porta della sua camera l’esistenza di un serpente. La paura che anche questa idea suscita nel fanciullo è schietta. Egli ha veramente tanto spavento quanto ne avrebbe se ci fosse veramente un serpente. Per calmare la sua angoscia la madre è costretta a sedere accanto a lui nel letto fin tanto che non si è addormentato. Né il fanciullo né la famiglia si accorgono che l’immagine paurosa è stata “fabbricata” dal bambino per ottenere il suo scopo: tenere accanto a sé la persona che lo vizia. Si comprende facilmente che tali bambini abbiano delle crisi di angoscia quando sanno, oppure credono, che i genitori passeranno la loro sera fuori casa.

Naturalmente non sempre si ha a che fare con un bambino “viziato”, nel senso della terminologia adleriana. Spiccatissima è comunque nei bambini l’orgogliosa coscienza della propria individualità, da cui deriva il desiderio di evitare o di neutralizzare ogni umiliazione, con reazioni compensative, spesso inconsce, improntate sulla difesa o sull’offesa.

Dalla nostra casistica riferiamo ora alcuni esempi, uno per le sue implicanze diffusamente, altri sinteticamente. Tutti i casi trattati con la tecnica della interpretazione si sono favorevolmente risolti; non abbiamo mai però tentato deduzioni ed interpretazioni da un singolo dettaglio ma siamo sempre partiti da un nesso totale per dare ai ragazzi e alla famiglia una equilibrata interpretazione dei fatti vissuti e raccontati.

CARLO è un adolescente che quando incontra un carabiniere è preso da un gran senso di angoscia e di tremore. Ciò lo porta anche a reazioni inadeguate quando incappa in un controllo di polizia. Costituzionalmente debole, orfano di padre sin dalla tenera età, vive, figlio unico, con una madre ansiosa che nell'infanzia, per spingerlo a mangiare, usava minacciarlo dicendogli che avrebbe chiamato i carabinieri e lo avrebbe fatto arrestare. In quell'epoca, in uno di quei giorni in cui più intensa era questo tipo di minaccia, la sorte ha voluto che qualcuno bussasse alla porta di casa; corre Carlo ad aprire, anche per rompere il cerchio di tensione con la madre, e, aperta la porta, egli comincia a tremare, a impallidire, balbettare, piangere perché sulla porta vi era un carabiniere, che non era venuto per punirlo, per la sua mancanza di appetito, ma per chiedere delle normali informazioni, relative ad altra famiglia dello stabile.

ROBILIO viene segnalato dall'insegnante di classe perché il bambino ha crisi di pianto, appare sovente distratto, non rende nei compiti scolastici. Robilio si giustifica riferendo di soffrire di insonnia. Viene visitato dal neuro-psichiatra dell'équipe scolastica (figura di operatore sociale all'epoca prevista nelle convenzioni di assistenza medico-psicopedagogica) che rilascia il seguente referto:

Il problema del ragazzo è l'insonnia. Da circa due anni se pur saltuariamente vive esperienze oniroide a tipo di allucinazioni uditive e visive durante il corso della notte. Anche nel sonno pomeridiano ha esperito sensazioni, allucinazioni riguardanti la figura della nonna che a suo dire gli parlava e lo toccava. Il colloquio è facile per la perfetta aderenza al tema discusso. Il ragazzo mostra una lucidità e una chiarezza espressiva sulle sue sensazioni, sulle sue esperienze notturne, che per certi versi mi sorprendono. È sensibile, delicato sia nel fisico che nell'espressione. Confesso che la maggiore vicinanza della madre risolvrebbe gran parte delle sue paure.

Infatti padre e madre, che lavorano, si alzano alle 6,30, se ne vanno senza salutare il figlio e lo rivedono la sera. Durante il giorno il soggetto vive con la nonna. Si programma di prendere contatto con la madre un

sabato (parrucchiere permettendo) per discutere il caso del figlio, che sembra di facile diagnosi ma di allarmanti considerazioni. Facile è individuare nella lontananza della madre e del padre la causa prima del disturbo notturno. Meno facile è analizzare sia la modalità sintomatologica del bambino (pseudo allucinazioni notturne) e sia certe frasi come per esempio "se mia nonna morisse probabilmente mia madre tornerebbe a casa".

L'assistente sociale esegue visita domiciliare e riferisce:

"La signora appare abbastanza gentile anche se un po' perplessa e distaccata, in riposo per aver subito un raschiamento. Vengo accolta dalla nonna paterna, una signora anziana, apparentemente piuttosto bonaria (mi ha preso per il braccio) anche se un po' dura nei lineamenti. La signora stava a letto, pallida nell'aspetto, ma piacevole e piuttosto provocante. La prima impressione è stata favorevole. Mi è apparsa un tipo molto accondiscendente, per niente in imbarazzo ed estremamente serena nel modo di comunicare (mi ha parlato della famiglia, del lavoro, lavora per aiutare il marito, anche se preferirebbe stare a casa).

Al punto del ricovero in ospedale (per il raschiamento), si è notevolmente alterata (compiacimento per sé, diffidenza per la struttura ospedaliera, mania di persecuzione) "Mi hanno fatto dormire nelle lenzuola di un altro, mi hanno fatto una puntura sbagliata, ecc." Poi ha cominciato a parlarmi dell'episodio riguardante anche il figlio. Qui il suo tono di voce era senza dubbio più eccitato e il suo sguardo sembrava quasi invasato. Ha raccontato la storia dell'amica, cugina, rapporto di amore ed odio. Da ragazzine c'era invidia e gelosia tra loro ma di fronte ad un ostacolo diventavano un tutt'uno. "Dapprima la sorte era più favorevole a me, in senso economico, poi lei è diventata ricca ed io ho dovuto rassegnarmi a vivere modestamente". "La mia amica era solita scappare di casa, ma poi regolarmente tornava, finché una volta venne a stare da me. I suoi non si curarono più di lei". Tutto procedette tranquillamente, finché la signora non conobbe il marito e decise di sposarsi. Allora scene di gelosia dell'amica che le intimava di lasciare quell'uomo e di stare con lei.

Ma ugualmente la signora si sposò e andò a vivere fuori di casa. A tal punto ci fu opposizione da parte del marito, che non volle l'amica ad abitare con loro. Poi non si videro più.

Un nuovo incontro avvenne al battesimo della prima figlia e poi a quello di Robilio. Un giorno l'amica ebbe un incidente e morì. La signora andò al funerale e la vide completamente cambiata, trasfigurata.

Reazione di dispiacere ma anche di immediata rassegnazione e dimenticanza.

Una notte però ebbe una visione. La signora vide l'amica davanti al letto, sicuramente presente nell'aspetto (quello di una volta), che la toccava sulla spalla. La signora, terrorizzata, riferì l'episodio al marito, che cercò di rassicurarla. Poi nuova visione dell'amica che cercava di strangolarla. Recatasi da un frate (una specie di esorcista), sotto suggerimento delle colleghe di ufficio, ebbe la conferma di tutto ciò. Il frate: "un'amica morta in un incidente d'auto, che lei rivide tramite una persona a lei molto cara". Consigliò di mettere un crocifisso sotto il cuscino e le visioni non ci furono più. Quasi contemporaneamente riferisce la madre, Robilio di notte si alzò "quasi sonnambulo" e, terrorizzato, le disse di aver visto una signora, coi capelli legati e una maglia gialla, che, svegliatolo, lo tratteneva per una spalla. La mamma cercò di tranquillizzarlo, dicendogli che certamente si trattava della nonna che lo aveva accarezzato nel sonno. Il bambino, dopo questo fatto, non volle più dormire solo (crisi di ansia quando cercarono di dividerlo dalla sorella più grande e già sviluppata).

In seguito a questo episodio la madre ha messo un rosario anche sotto il materasso del bambino e pare che i disturbi del sonno siano scomparsi (l'insonnia, la stanchezza e l'astenia riferite dalla maestra ai genitori). Un giorno (riferisce la madre), mentre i genitori mostravano ad un amico un filmino del battesimo di Robilio in cui compariva in primo piano la figura della famosa amica (che il bambino non conosceva), il bambino si alzò di scatto e indicò in lei la figura della donna da cui era stato svegliato di notte.

Tutti questi episodi sono stati riferiti dettagliatamente dalla madre di Robilio, la quale sembrava molto invasata, nonostante la presenza di un'amica e della suocera.

Due cose mi sono sembrate chiare:

1. Un forte senso di colpa della signora nei confronti dell'amica.
2. Una stretta simbiosi tra madre e figlio: "Robilio mi vuole molto bene, ci tiene molto che io sia sempre in ordine e ben curata, ha una sorta di preferenza per me, tanto che approfitta in tutte le occasioni dell'assenza del padre per venire a dormire con me e starmi vicino e io, da parte mia, ammetto di avere un debole per il bambino, a compenso dell'affetto che tutti i parenti hanno per la ragazzina. Inoltre io parlo spesso con mio figlio, mentre mio marito non è assolutamente capace di parlare con lui, specie delle cose più delicate".

L'episodio accaduto alla madre non è stato riferito ai bambini, che non sanno della morte di quella parente (di qui la perplessità anche del marito che si è arreso di fronte alla troppa evidenza).

La nonna mi è sembrata una vecchia brontolona, gelosa di tutto ciò che viene modificato all'interno della casa e della responsabilità che ha sui nipoti (la madre la definisce molto autoritaria ed il bambino fa di tutto per provocare la nonna).

ROBERTA, nata a Roma, frequenta la V classe ed è primogenita.

Nata dopo un anno dal matrimonio dei genitori, è stata molto coccolata, in special modo dalla mamma.

Inserita a sei anni nella comunità scolastica, all'inizio della frequenza ha manifestato problemi di pianto e ribellione alla separazione dalla madre.

Ha seguito una carriera scolastica quasi regolare anche per una dichiarata benevolenza degli operatori scolastici. Ha atteggiamenti di timidezza e scontroosità, un apprendimento difficoltoso, lentezza di reazioni. Non presenta disturbi sensoriali e motori. Appare caparbia (vuol fare ciò che vuole), di fronte a situazioni difficili si blocca, si isola, contrariata rifiuta il cibo e somatizza con conati di vomito. Rivalità fra lei e una cugina che frequenta la stessa classe. A casa sembra più aperta e sicura di sé, riferisce su tutto ciò che è accaduto a scuola; ma di notte ha incubi, si sveglia, grida e l'indomani appare scontrosa e impaurita.

MARIA, nata a Roma, prematura.

Nell'anamnesi personale si evidenzia: asfissia neonatale, deambulazione ritardata (a 2 anni circa i primi passi). Viene riferito di cure mediche per atrofia dei muscoli. Mostrava attaccamento morboso alla madre. Sino ai 3 anni non entrava in contatto con nessuno. Viene riferito che, se qualche persona le rivolgeva la parola, la sua reazione abituale era di non rispondere; se vi era insistenza, gridava spaventata.

Mentre frequentava la scuola materna non si integrava nella classe e non relazionava con nessuno. Tali atteggiamenti sono stati mantenuti anche nella scuola elementare. Viene evidenziata la comparsa di un blocco psichico accentuato, allorché la bambina si pone in comunicazione con altri. Prevalgono atteggiamenti di paura, d'insicurezza e di diffidenza.

Si rileva anche un "mutismo psicogeno selettivo", da porsi in diretta relazione ai riferiti disturbi organici e psicologici.

ROBERTO appare assente, non partecipa, non lega con i compagni di classe, a casa si isola, rinchiudendosi nella sua camera, ha crisi di pianto. Sembra assorto, seguendo un proprio pensiero. Dopo diversi

incontri, svoltisi sempre in un clima di grande cordialità, con approccio libero su base di disegni, musica, attività manuale con plastilina ecc, utilizzo di marionette con drammatizzazione di fatti venuti fuori dal colloquio, Roberto riferisce di avere ripetutamente un sogno e così lo descrive:

“Mi sono sognato che era scoppiata la guerra e i miei genitori erano morti e poi sono morti anche i nonni. Ero rimasto solo, mi sono addormentato in un prato, e quando è venuta la mezzanotte sono venuti i lupi mannari e mi hanno preso e mi hanno squartato e mi hanno mangiato. Sono rimaste solo le ossa che sono andate in cielo e il Signore mi ha mandato all’inferno perché ero stato cattivo. Questo sogno lo vivo a occhi aperti”.

FRANCA, secondogenita di 9 anni circa, manifesta timore all’uscita della scuola e paura di stare sola in casa. L’anamnesi evidenzia una madre ansiosa e sottolinea un fatto: all’età di 5 anni, andava e veniva per gioco in ascensore con una amica; l’ascensore si bloccò e Franca e l’amica vi rimasero qualche ora ed ebbero una grande paura.

Rileviamo che Roberto e Franca erano due bambini “non desiderati”, che i loro genitori lavoravano ambedue e che spesso i soggetti, quando non erano a scuola, stavano con vicini di casa.

Abbiamo così rapidamente riportato alcuni dei casi osservati. Come già detto, tutti si sono risolti favorevolmente quando si è riusciti ad equilibrare il rapporto sociale tra il bambino, la famiglia e la scuola.

Dall’interpretazione dei casi trattati si è potuto anche ricavare una classificazione che li suddivide in casi di bambini con poca salute, viziati e malvisti (odiati). Queste sono le fasi pericolose, come ci ricorda Adler nella sua “Psicologia del bambino difficile”. Si conferma anche l’assunto di Lewis che i bambini non sono inconsapevoli come sembrano. Sanno chi sono ancor prima di potercelo dire. Ricercano con determinazione il controllo sul loro ambiente e specialmente sui genitori.



MARCO ZERBINATI

## EMARGINAZIONE NELLA SCUOLA DELL'OBBLIGO: POSSIBILITÀ DI INTERVENTO PSICOLOGICO

Il tema di questa comunicazione interessa maggiormente quella parte della psicologia che si occupa dei bambini difficili, o meglio, come Adler li definisce, fanciulli - problema, in quanto il nostro gruppo è costantemente operativo in questo settore dell'assistenza ed in quanto, a nostro parere, poco o nulla è cambiato nell'istituzione scolastica dai tempi del Maestro.

Molto si è scritto e parlato sulla funzione educativa che la scuola deve avere e l'opera e gli scritti di Adler rimangono un passaggio obbligato per lo psicologo scolastico; si resta meravigliati nel leggere gli scritti adleriani sull'argomento per l'indiscussa validità di analisi e di intervento anche nella situazione attuale. E, vorrei aggiungere, tristemente meravigliati, perché, se non esistono dubbi sulla modernità del pensiero del Maestro, ne restano molti sulla successiva ed attuale applicazione dei suoi principi.

Nonostante ci si trovi tutti d'accordo nell'affermare che scopo e principale finalità della scuola siano l'educazione dell'individuo e la riparazione degli errori pedagogici commessi nell'ambito familiare, per una completa ed equilibrata maturazione del fanciullo, la realtà ci contraddice ampiamente.

Nelle aule si continua a dare maggiore importanza alla trasmissione a volte forzata ed accelerata di cultura, trascurando il momento della crescita psicologica individuale e di gruppo: gli insegnanti continuano ad insegnare e rifiutano il loro ruolo ben più importante di educatori. Con ciò non si vuole sminuire la funzione didattica dell'istituzione scolastica ma troppo spesso si dimentica che la strutturazione dell'IO nella società rimane l'unico fattore veramente necessario per la maturazione individuale e l'inserimento sociale delle persone.

L'insegnante dovrebbe essere il giusto intermediario tra lo psicologo ed il fanciullo, sia per il ruolo che copre nell'istituzione come operatore sociale a diretto contatto con i soggetti, sia per la reale

impossibilità dello psicologo di seguire i fanciulli stessi individualmente. Solo all'insegnante è permesso conoscere profondamente le singole personalità dei suoi allievi, come individui e come classe, apprezzarne le capacità, registrarne le deficienze e cercare di porre rimedio a queste ultime con una sana azione pedagogica. L'insegnante è la figura maggiormente presente agli occhi dei fanciulli, dalla quale più facilmente possono accettare consigli e con la quale è giusto abbiano un rapporto di collaborazione non solo sul piano puramente didattico ma anche su quello più squisitamente personale. L'insegnante, insomma, deve scendere nel gruppo per poter interpretare e gestire le reali esigenze dei membri e per poter trasformare la classe in una entità organica caratterizzata dalla cooperazione tra i suoi elementi.

L'opera dello psicologo deve essere inserita in una prospettiva di stretta collaborazione col corpo docente, in quanto, come si faceva notare poco prima, è pressoché impossibile seguire tutti gli individui di una scuola, anche se l'équipe psicosociale è abbastanza numerosa ed in secondo luogo si deve evitare quello sdoppiamento di ruoli che permette di far vivere agli allievi l'insegnante come puro strumento di trasmissione culturale e lo psicologo come persona cui si ricorre nel momento del bisogno.

Il grosso problema del bambino difficile è, secondo noi, uno dei più validi banchi di prova della suddetta collaborazione tra équipe psicosociale e corpo docente, come abbiamo potuto sperimentare nel nostro lavoro di assistenza psicologica in alcune scuole medie inferiori della città di Torino.

Dalla nostra esperienza e dalle nostre osservazioni, abbiamo potuto constatare come, all'arrivo di un fanciullo - problema, immediatamente scatti un meccanismo di emarginazione da parte dell'istituzione scolastica tutta. Nel gruppo egli si trova isolato sia sul piano intellettuale che ludico ed i sociogrammi che periodicamente somministriamo alle classi ne danno una chiara prova. Gli insegnanti, dopo un'iniziale e breve tentativo di inserimento nel gruppo, non trovano migliori soluzioni che la sistematica espulsione dalla classe del "caso difficile", contribuendo così a ridurre ulteriormente il già scarso senso sociale che questi fanciulli hanno. Per finire, la presidenza inoltra all'équipe psicosociale delle chiare richieste di diagnosi di handicap per il bambino che disturba, per poter così fare domanda di insegnanti d'appoggio che non hanno altra funzione che quella di sorveglianza continua, con le logiche risposte di aggressività da parte del soggetto, come tutti possiamo ben immaginare.

L'emarginazione si può spingere anche al rifiuto non motivato del soggetto dalla mensa scolastica, come è successo ultimamente per un bambino particolarmente disturbante che, per non saltare un pasto, visto che nessuno a casa poteva farglielo trovare pronto, mangiava qualche panino in un bar con una nostra collega dell'équipe.

Ovviamente i cosiddetti fanciulli - problema sono quasi sempre figli del proletariato e del sottoproletariato, (1), con un ambiente familiare povero di stimolazioni e caratterizzato da costante carenza affettiva da parte dei suoi membri nei confronti del fanciullo. Se agli errori pedagogici della famiglia si aggiungono gli errori pedagogici della scuola, non esiste più alcuna possibilità di recupero per questi soggetti.

È facile immaginare le risposte comportamentali che daranno nel prossimo futuro questi ragazzi quando cercheranno di inserirsi nell'ambiente sociale: criminalità, droga e prostituzione saranno le funzioni comportamentali che caratterizzano il loro stile di vita. Il fatto che già l'ambiente familiare di per sé annulli gran parte dei risultati che derivano dai nostri sforzi di recupero dei fanciulli - problema, non implica necessariamente che non si debba egualmente tentare un'azione diretta al raggiungimento di una giusta ed equilibrata maturazione dei bambini.

A nostro parere, tra le cause più evidenti che provocano l'emarginazione del fanciullo - problema, a parte l'inevitabile rifiuto del deviante che non si adegua alle norme del gruppo, e che altresì provocano lo scarso impegno nell'azione di recupero, spicca particolarmente la scarsa motivazione dell'insegnante a fare l'insegnante. Gran parte del personale docente che si trovava ad operare nella struttura scolastica, nutriveva diverse aspirazioni rispetto alla futura occupazione lavorativa, ai tempi dell'Università.

È questa una costante che abbiamo rilevato in tutti quegli insegnanti che in un modo e nell'altro non riescono ad avere buoni rapporti con la classe in cui operano. È chiaro allora che, nel momento in cui si trovano ad affrontare situazioni particolarmente impegnative, danno risposte non consone alla situazione stessa e cercano di giungere alla soluzione del problema nel modo più sbrigativo possibile e meno costoso: eliminano fisicamente l'elemento di disturbo, cacciandolo dalla classe, in quanto non hanno alcun interesse ad applicare strategie di recupero del soggetto a livello di gruppo.

---

(1) Naturalmente anche nelle classi più agiate esistono casi analoghi ed il fanciullo - viziato può essere preso come esempio. L'affermazione che negli strati sociali più poveri si trova la gran parte dei casi di fanciulli - problema, è valida relativamente alla situazione reale del sottogruppo qui studiato.

Una certa resistenza alle nuove misure pedagogiche l'abbiamo trovata in quei docenti più radicalmente tradizionalisti, persone già piuttosto anziane che per la loro particolare forma mentis prediligono il rapporto autoritario con il gruppo.

Inutile mettere in rilievo il fallimento dei loro metodi con i fanciulli - problema, perché i rari successi, di cui per altro si vantano moltissimo, sono ottenuti solo grazie all'auto-isolamento che si impone il fanciullo: il docente è vissuto come troppo potente e non rimane altro che abbandonare la lotta, rinchiudendosi in se stessi. Ci si chiede come sia possibile in queste condizioni una sana crescita psicologica.

Ancora vogliamo citare i casi di quegli insegnanti che, nonostante l'accettazione a livello ideologico di una funzionale opera educativa, egualmente non riescono nel loro intento, causa la proiezione che attuano sul gruppo delle ansie e delle frustrazioni personali derivanti dai loro vissuti familiari.

Al tutto si deve aggiungere la completa impreparazione psicopedagogica di gran parte dei docenti, fattore questo da imputare alle carenze strutturali delle nostre Università, che non hanno mai fornito e continuano a non fornire i futuri operatori sociali di quegli strumenti teorico-pratici, senza i quali è impensabile una corretta opera educativa, senza volere necessariamente parlare di rieducazione.

Voglio ancora citare come esempio il caso di un preside che incoraggiava il corpo docente ad attuare l'espulsione dalla classe degli elementi più disturbanti, quando la situazione lo esigeva, per poterli accogliere nel suo ufficio e soddisfare in tal modo quegli istinti paterni che non avevano trovato soddisfazione nell'ambito familiare.

Se di psicopatologia si può parlare in questi casi, si è veramente in dubbio se farlo in riferimento ai fanciulli - problema oppure in riferimento ai membri adulti dell'istituzione scolastica.

Adler già quaranta anni fa affermava che nessun bambino dovrebbe essere considerato irrecuperabile e che è possibile capire i bambini devianti se si comprende appieno il loro scopo e la loro logica privata. Lo scarso sviluppo dei sentimenti sociali, causato da insoddisfacenti relazioni affettive con la madre e con gli altri membri della famiglia, possono facilitare nel bambino lo sviluppo di meccanismi di difesa o meglio, usando un termine adleriano, di "espedienti di salvaguardia" che servono a celare a se stesso e agli altri la propria inadeguatezza.

L'interpretazione della finzione comportamentale rimane un momento fondamentale e necessario nell'approccio al fanciullo - problema e non si può prescindere dall'individuazione della linea direttiva degli

atteggiamenti del soggetto se si vuole tentare un'azione psico - pedagogica nei suoi confronti.

Ciò di cui gli insegnanti non si rendono conto è che il comportamento dell'allievo deve essere percepito ed analizzato in chiave di messaggio e che quindi a poco servono le punizioni e l'allontanamento dal gruppo; anzi si rischia di accentuare ulteriormente i possibili complessi di inferiorità e creare un più forte impedimento allo sviluppo ancora realizzabile dei sentimenti sociali. L'istituzione scolastica può influenzare non solo il futuro dell'allievo come scolaro, ma anche e soprattutto come uomo. Noi pensiamo sia un preciso dovere della scuola impegnarsi a fondo nel tentativo di recupero educativo per quei soggetti che solo nella scuola possono trovare un aiuto concreto ai loro problemi di sviluppo psicologico.

Il compito dello psicologo sarà di lavorare in stretta collaborazione con gli insegnanti ai quali è delegato, in ultima analisi, il ruolo educativo.

È ovviamente compito dell'esperto in psicologia interpretare ed analizzare le caratteristiche personali del soggetto e le cause storiche che le hanno determinate, quando l'insegnante non sia sufficientemente preparato a ciò. Sarà compito di entrambi scegliere la più funzionale linea pedagogica per portare il fanciullo ad un normale livello di maturazione psicologica, tenendo sempre presente che "ogni condotta particolare esprime la vita e la personalità del fanciullo nella sua totalità, che non può essere compresa se non si conoscono i precedenti" (Adler).

La preparazione dei docenti nel campo psico-pedagogico è un altro fattore che, a parere nostro, merita la massima attenzione, in quanto è necessario evitare ulteriori errori pedagogici che si sommerebbero a quelli familiari ed ancora per fornire gli insegnanti di quegli strumenti teorico-pratici che permettono l'attuazione di sane relazioni personali e di gruppo nell'ambito della classe scolastica (vogliamo qui solo accennare alla reale utilità dell'analisi e della discussione a livello di gruppo scolastico dei comportamenti e dei bisogni del fanciullo - problema, come noi abbiamo potuto spesso constatare).

Se veramente, come crediamo, la scuola deve assumersi il compito di orientare il fanciullo e di prepararlo all'inserimento nella società, non solo intellettualmente ma soprattutto psicologicamente, sarà dovere morale di tutti gli operatori impegnarsi affinché l'ambiente scolastico sia vissuto dai bambini come una positiva alternativa alla famiglia, un

luogo in cui possano trovare delle persone disposte alla comprensione e all'aiuto, e in cui possa avvenire la loro trasformazione in uomini nuovi.

Vogliamo sperare che questo sia il primo passo verso una società nuova.

## BIBLIOGRAFIA

- ADLER A.: Il temperamento nervoso. Newton Compton, Roma, 1971.
- ADLER A.: Prassi e teoria della psicologia individuale. Newton Compton, Roma, 1970.
- ADLER A.: Psicologia del bambino difficile. Newton Compton, Roma, 1973.
- ADLER A.: Psicologia dell'educazione. Newton Compton, Roma, 1975.
- ADLER A.: Psicologia individuale e conoscenza dell'uomo. Newton Compton, Roma, 1975.
- ADLER A.: Cos'è la psicologia individuale. Newton Compton, Roma, 1976.
- 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 Casa Editrice Cortina, Milano, 1975.
- PARENTI F.: Il prezzo dell'intelligenza. Quaderni della Rivista di Psicologia Individuale n. 1, Milano, 1977.

## RASSEGNA BIBLIOGRAFICA

ADALINE STARR: *Psychodrama - Illustrated therapeutic techniques*. Nelson Hall, Chicago, 1977.

Quest'opera, di cospicuo rilievo, rappresenta una delle più vaste e complesse trattazioni sullo Psicodramma. Che la sua impostazione di fondo sia adleriana è per noi motivo di particolare compiacimento.

L'autrice, membro dell'American Society of Adlerian Psychology e dell'International Committee of Adlerian Summer Schools and Institute, svolge da molti anni negli Stati Uniti un ruolo pionieristico come ricercatrice e operatrice nel settore.

Il volume, di 379 pagine, è un vero e proprio trattato, con intenti sia culturali, che di addestramento tecnico e documentazione clinica. La vastità stessa dell'opera non consente di riassumere tutte le tematiche esposte. Ci limiteremo pertanto a citare i suoi spunti di maggiore interesse.

L'Autrice affronta in apertura la storia e la definizione dello Psicodramma come metodologia psicoterapeutica. Entra poi in un tema essenzialmente culturale: quello dei rapporti fra lo Psicodramma e il dramma tradizionale. Dopo una lunga parte teorica, che approfondisce ogni aspetto generale dell'argomento con le sue relazioni di confine, il testo sviluppa una maggiore parte speciale, dedicata alle diverse applicazioni settoriali della tecnica psicodrammatica: ad esempio nella terapia di coppia, nella psicoterapia infantile, nelle azioni di training, nel trattamento degli alcoolisti, dei drogati, dei depressi e degli psicotici. Il libro è corredato da una ricca messe di note esplicative, da un'ampia bibliografia, da un indice degli Autori e da un indice analitico.

Nel consigliare il volume, come prezioso ausilio culturale e di addestramento per tutti gli psicoterapeuti (e non solo della nostra scuola), ci rammarichiamo solo che non ne sia stata ancora pubblicata un'edizione in lingua italiana.

HILDA GIAMBROCONO: *Nascere ancora*. Quaderni della Rivista di Psicologia Individuale n. 3, Milano, 1979.

Questo terzo volume della nostra collana presenta un contenuto insolito: si tratta, infatti, di un'opera di narrativa. L'inserimento è però legittimo, poiché il frammento di vita della protagonista si dipana sul filo di un'analisi di linea adleriana.

Il libro si differenzia dai molti diari analitici pubblicati di recente, evitando la tentazione di stupire con morbosità e sfuggendo assieme al didascalismo dei documenti scientifici. La trama non è propriamente autobiografica, ma l'Autrice vi trasfonde, con la spontaneità dei sentimenti che costituisce la sua maggiore dote letteraria, un personale e autentico stile di entusiasmo e di sofferenza. Ciò assegna al testo il carattere di una "fantasia", il che rappresenta per noi adleriani un materiale analitico di grande valore. Nella narrazione hanno un ruolo autonomo i sogni che la paziente racconta al terapeuta. Essi prendono corpo come racconti ben strutturati, dalla vena surreale e tanto ricchi di simboli da coinvolgere ogni lettore con personali investimenti di profondità.

La linea interpretativa dell'analista, se pure filtrata attraverso la sensibilità soggettiva di chi scrive, ha una coerenza ben avvertita con i concetti di fondo della psicologia individuale. Il titolo, quanto mai centrato, sottolinea l'impressione di nuova nascita che la protagonista prova al termine del viaggio analitico, non miracolisticamente risolutore dei suoi problemi concreti, ma capace di assegnarle un nuovo, più sicuro e libero senso del vivere.

Ogni lettore psicologo potrà collaudare in questo libro le sue capacità di sondaggio interiore, ogni lettore profano potrà attingervi ricchezza di materiale emotivo per i suoi processi d'identificazione.

MARIO BERTOLINI, GIULIA GEITLINGER, ADRIANA GUARESCHI CAZZULLO. *Normalità, salute e malattia nel bambino*. Edizioni Tempo Medico, Milano, 1978.

Quest'opera di originalissima impostazione può definirsi un trattato di neuropsichiatria infantile costruito sulla scia di una nuova proposta nosografica. La matrice concettuale che dà corpo alla trattazione è l'ipotesi che le varie malattie psichiche siano sempre da collegarsi alla distorsione e all'alterazione delle relazioni d'oggetto. Secondo gli Autori, infatti, tutta l'attività psichica si polarizza sulla necessità e sulle possibilità di stabilire dei rapporti tra l'interno e l'esterno, ossia tra se stessi e gli oggetti (intesi largamente come ambiente).

Prelude alla più vasta parte speciale un capitolo introduttivo sulle prime fasi dello sviluppo psichico infantile, in cui le ipotesi squisitamente psicologiche sono sempre ben correlate alla conoscenza delle strutture neurodinamiche. Segue, come seconda premessa, un altro capitolo dedicato alla formazione del carattere. In questa sede si delinea anche il tema "scelta della malattia", giustificando mediante impronte relazionali i criteri della classificazione patologica che costituisce il corpo del testo.

Si sviluppa poi una complessa parte clinica, eminentemente psichiatrica, anche se attenta ai presupposti neurologici. Lo spazio non ci consente di esemplificare la non convenzionale ripartizione delle forme morbose lungo il pensiero creativo degli Autori. Essi comunque completano sempre le loro finalità teoriche con un acuto inquadramento descrittivo della sintomatologia.

Il capitolo conclusivo ha il valore scientifico di una monografia a sé stante, dedicata al problema dell'epilessia nell'età evolutiva. L'esposizione qui ha note di rigore e di obiettività tali da rendere questo settore meritevole di una considerazione autonoma.

Nel complesso l'opera è assai distante dalla visione psicologica adleriana, pur presentando con questa alcune illuminanti confluenze. Anche per la psicologia individuale, infatti, la vita psichica si sviluppa essenzialmente in funzioni relazionali. In molti passi del volume, poi, le modalità affettive e il comportamento di chi condiziona educativamente il bambino sono visti come fattori determinanti del suo divenire psichico normale o patologico. È questo già un superamento del puro istintualismo d'origine della psicoanalisi e delle sue continuazioni volte a frammentare l'unità psichica in parti oggettuali astrattamente ipotizzate.

Consigliamo vivamente l'opera ai nostri lettori, sia come stimolante termine di confronto per pareri anche diversi, sia come fonte informativa di ben collaudato valore scientifico.



EDWARD IGNAS. RAYMOND J. CORSINI: *"Alternative Educational Systems"*. F. E. Peacock Publishers Inc., Itasca, Illinois, 1979.

Il volume, a carattere enciclopedico-monografico, presenta un'esauriente rassegna delle varie metodologie pedagogiche applicate oggi negli Stati Uniti d'America. Ogni monografia è redatta da un esperto del settore ed è strutturata con la chiarezza tipica dei testi americani nelle seguenti parti: definizione, introduzione, storia, teoria, applicazioni, ruoli operativi, sistematica d'azione, riassunto, referenze bibliografiche.

È per noi di particolare interesse il vasto capitolo dedicato alla pedagogia d'impronta individual-psicologica, redatto da Raymond G. Corsini, docente nell'Università delle Hawaii e noto esponente adleriano.

Fra gli altri indirizzi affrontati segnaliamo il sistema educativo montessoriano, particolarmente affine al nostro orientamento, e, per vitali occasioni di confronto, la pedagogia comportamentista e quelle ispirate ai modelli psicoterapeutici di Rogers, Ellis e Glasser.

Poiché la pedagogia è uno dei campi d'azione più congeniali alla nostra scuola, quest'opera si propone a tutti gli psicologi individuali come una preziosa fonte d'informazioni e con il particolare pregio di offrire trattazioni dirette da parte di qualificati cultori di ogni disciplina.

---

Il 28 dicembre 1978 è scomparso a Parigi il

Dott. HERBERT SCHAFFER

Presidente della Società Francese di Psicologia Adleriana, Vice Presidente dell'Associazione Internazionale di Psicologia Individuale, psichiatra, psicoterapeuta e didatta.

Egli fu allievo diretto di Alfred Adler, di cui seguì i corsi dal 1930 al 1937. Il suo contributo alla Psicologia Individuale fu di altissimo livello scientifico. Fra le sue opere, citiamo in particolare l'ultima: "La psychologie d'Adler", edita a Parigi da Masson nel 1976.

Negli ultimi anni, Herbert Schaffer aveva sollecitato e curato una proficua serie di scambi con la nostra società: relatore ai nostri corsi, aveva più volte invitato il nostro presidente per analoghe manifestazioni della Società francese.

---

L'11 marzo 1979 è morto a New York un altro allievo diretto di Adler

ANTHONY MARK BRUCK

Anch'egli valido continuatore della scuola adleriana, professore di psicologia nelle università del Messico, di Costarica, di Kansas City e autore di numerose pubblicazioni.

---

La nostra rivista e la Società Italiana di Psicologia Individuale esprimono fraterne condoglianze.

## S.I.P.I. - Società Italiana di Psicologia Individuale

- La Società Italiana di Psicologia Individuale si è costituita nel 1969, con lo scopo di promuovere studi, ricerche, pubblicazioni e manifestazioni scientifiche in campo medico-psicologico, ispirati all'orientamento della psicologia individuale adleriana.
- La S.I.P.I. associa i medici che nutrano specifici interessi psicologici, gli psicologi e gli educatori che ne condividano l'impostazione dottrinarie e programmatica.
- La S.I.P.I., ad opera dei didatti ufficialmente autorizzati dal Consiglio Direttivo, cura la formazione personale degli psicoterapeuti adleriani e ne tiene l'albo.
- La S.I.P.I. tiene ogni anno un corso teorico-pratico su vari temi, concreti ed attuali, nell'ambito della psicologia applicata.
- La S.I.P.I. indice periodicamente riunioni di Soci, dedicate alla discussione di casi clinici, simposi, tavole rotonde e dibattiti di argomento psicologico.
- La S.I.P.I., nell'XI Congresso Internazionale del luglio 1970, è stata accolta come «member group» nell'International Association of Individual Psychology e partecipa all'attività scientifica ed organizzativa di questo sodalizio.

Francesco Parenti

IL PREZZO DELL'INTELLIGENZA

Quaderni della Rivista di Psicologia Individuale N. 1 - Lire 5.000

*Opera vincitrice del Premio Internazionale di Saggistica*

*« Fermo Meloni » 1978*

Franco Maiullari

SIMBOLO E SOGNO NELL'ETA' EVOLUTIVA

Quaderni della Rivista di Psicologia Individuale N. 2 - Lire 5.500

Hilda Giambrocono

NASCERE ANCORA . . . .

Quaderni della Rivista di Psicologia Individuale N. 3 - Lire 5.000

*Opera vincitrice del Premio « Città di Milano »*

*1979*

F. Parenti, G.G. Rovera, P.L. Pagani, F. Castello

DIZIONARIO RAGIONATO DI PSICOLOGIA INDIVIDUALE

Casa Editrice Cortina, Milano - Lire 10.000

*I volumi possono essere richiesti contrassegno alla Libreria Internazionale Cortina, Largo Richini 1, 20122 Milano (Tel. 890270 - 878469).*